

Aus dem Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation
der Freien Universität Berlin

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Günter Fuchs

STATISTISCHE UNTERSUCHUNG ÜBER DIE HÄUFIGKEIT
DES AUFTRETENS VON VENERISCHEN ERKRANKUNGEN
IN DER STÄDTISCHEN FRAUENKLINIK BERLIN-NEUKÖLLN
IN DER ZEIT VON 1946 - 1962

Direktor: Dr. Jung

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an der

Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

1969

vorgelegt von

Chahrokh Bitcheranlou

aus Bodjnourd/Iran

Aus dem Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation der Freien Universität Berlin

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Günter Fuchs

Statistische Untersuchung über die Häufigkeit des Auftretens von venerischen Erkrankungen in der Stadt.
Frauenklinik Berlin-Neukölln in der Zeit von
1946 - 1962

Direktor: Dr. Jung

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an der

Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

Vorgelegt von

Chahrokh Bitcheranlou
Bodjnourd / Iran

DEKAN : Prof. Dr. med. Hans-Heinz Naumann
REFERENT : Prof. Dr. med. Dr.rer.nat. Günter Fuchs
KORREFERENT: Prof. Dr. med. Hans Wolfgang Spier



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Freien Universität Berlin.

Promoviert am : 4. August 1969

I n h a l t s v e r z e i c h n i s

Einleitung	S. 5
Material und Methode	S. 6
Allgemeines über Geschlechts- krankheiten	S. 6
Überwachung und Bekämpfung	S. 10
Bedeutung der Geschlechtskrank- heiten und ihre Folgen	S. 11
Gesetzliche Verhütung	S. 12
Vergleichende Arbeiten	S. 14
Bewertung der eigenen Ergebnisse	S. 16
Zusammenfassung	S. 53
Literaturverzeichnis	S. 54



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548620_0063

I. Einleitung

Die vorliegende statistische Arbeit soll einen Überblick über das Vorkommen venerischer Infektionen und deren Häufigkeit in einer Berliner Frauenklinik geben. Sie soll damit einen Vergleich mit gleichgelagerten statistischen Arbeiten ermöglichen.

Seit Jahren führt die Städtische Frauenklinik Berlin-Neukölln bei sämtlichen aufgenommenen Patientinnen serologische Untersuchungen auf venerische Infektionen durch. Die Geschlechtskrankheiten werden entweder bereits bei der Anamnese erfasst oder aber durch Zufall bei einer Patientin entdeckt sowie bei Verdacht durch eine Untersuchung festgestellt.

Bei den zufällig entdeckten Fällen bestand teilweise ein geringer Verdacht, weshalb eine eingehende Untersuchung angeordnet wurde. Diese Fälle werden aber auch dadurch aufgedeckt, dass zur Klärung der ursächlichen Erkrankung - wie beispielsweise Fluor, Adnexitis, Condylom u.ä. - spezifische Untersuchungen durchgeführt werden.

Im übrigen werden - ebenfalls in der Schwangerenberatungsstelle - bei geringstem Verdacht einer venerischen Erkrankung mikroskopische und serologische Untersuchungen ambulant durchgeführt.

Diese Untersuchungen sollen nicht nur der Bekämpfung der L. connata dienen. Sie sind vor allem von grosser Bedeutung für die Erfassung der Infektionsquellen der Geschlechtskrankheiten.

Wie später genauer aufzuzeigen sein wird, ist die Häufigkeit der venerischen Erkrankungen in den untersuchten Jahren unterschiedlich stark.

Beispielsweise sind kurz nach dem 2. Weltkrieg in den Jahren 1946/47 sehr hohe Infektionswerte zu verzeichnen. Dies kann sowohl auf die Kriegszeit als auch auf ihre Folgen zurückgeführt werden.

Die in der vorliegenden Arbeit ausgewerteten Zahlen sind vom Gesamtkrankengut der Städtischen Frauenklinik Berlin-Neukölln in den Jahren 1946 - 1962 herausgesucht worden. Dabei haben die Patientinnen entweder selbst bei der Anamnese eine venerische Erkrankung angegeben oder diese ist erst während des stationären Aufenthaltes festgestellt worden.

Material und Methode

Das statistische Material wurde aus dem im Archiv der Städtischen Frauenklinik Berlin-Neukölln befindlichen Krankengut der Jahre 1946 - 1962 ausgewertet.

Das Gesamtkrankengut beträgt 56 799 Fälle.

Diese gliedern sich in 34 910 gynäkologische Patientinnen und 22 889 geburtshilfliche Fälle. Davon waren insgesamt 1 732 Fälle des gynäkologischen Krankengutes und 635 Fälle des geburtshilflichen an einer venerischen Infektion erkrankt. Eine weitere Unterteilung beider Gruppen wurde nach dem Alter der Patientinnen vorgenommen. Dabei wurden alle Patientinnen bis zu 19 Jahren in einer Gruppe zusammengefasst und danach für 5 Lebensjahre eine Beurteilungsstufe gebildet, wobei sämtliche Patientinnen über 50 Jahre die Abschlussgruppe des Bewertungszeitraumes darstellen.

Neben dieser Einteilung nach Lebensjahren wurde eine weitere Unterteilung der gynäkologischen und geburtshilflichen Gruppen nach Kalenderjahren durchgeführt. Das Jahr 1946 wurde als Basisjahr genommen. Ende des Bewertungszeitraumes ist das Jahr 1962. Auch hier wurde jeweils ein Zeitraum von 5 Jahren als Stufe zusammengefasst.

Weitere Einzelheiten werden im folgenden an Hand der Tabellen erörtert.

Allgemeines über Geschlechtskrankheiten

Unter Geschlechtskrankheiten sind die folgenden 5 Erkrankungen zu verstehen :

1. Gonorrhoe (Go)
2. Lues (L)
3. Ulcus molle
4. Lymphogranuloma inguinale
5. Granuloma venereum

Es wird in dieser Arbeit nur auf die Go und L eingegangen, da die letzten drei Erkrankungen in Berlin so gut wie nicht vorkommen.

Zu 1 : Neisseria gonorrhoeae (Gonokokken)

Der Erreger der Go, nach seinem Entdecker Albert Neisser (Dermatologe, 1855 - 1916, Breslau) auch Neisseria gonorrhoeae genannt, wurde 1879 entdeckt.

Die Gonokokken sind paarweise angelegte gramnegative (Färbemethode) Diplokokken. Sie haben die Form eines Halbmondes oder einer Kaffeebohne. Sie liegen stets innerhalb der im Präparat vorhandenen Leukozyten (intrazellulär). Gegen Austrocknung, Sonnenlicht, Hitze und Kälte sind sie sehr empfindlich. Bevorzugter Ansiedlungsort der Gonokokken sind die Schleimhäute des Uro-Genitaltraktes. Die Inkubationszeit nach Infektion beträgt 1 - 4 Tage.

Bei der Frau siedeln sich die Gonokokken in Vagina, Bartholinischen Drüsen, in Cervix, Uterus und schliesslich in den Tuben an. Im akuten Stadium der Erkrankung treten eitrige Ausflüsse auf. Die Erreger sind im Eiter mikroskopisch nachweisbar. Im chronischen Stadium der Infektion wird der Erregernachweis häufig negativ. Dieses Stadium ist für die Übertragung am gefährlichsten, zumal die Betroffenen meistens überhaupt nicht merken, dass sie an der Go erkrankt sind.

Mögliche Folgen der Go: Eine postgonorrhoeische Verklebung der weiblichen Tuben bedingt häufig Sterilität. Auf dem Blutweg werden die Erreger nur in seltenen Fällen verschleppt und können somit eine Gonokokkenmeningitis, - arthritits (Gonarthritits) oder auch - sepsis verursachen.

Bei der Passage eines mit Gonokokken besiedelten Geburtskanals kann die Conjunctivalschleimhaut des Neugeborenen infiziert werden, was eine Erblindung des Säuglings zur Folge haben kann. Um dies zu verhüten, wird jedem Neugeborenen sofort nach der Geburt ein Tropfen einer einprozentigen Silbernitratlösung in den Conjunctivalsack der Augen geträufelt (Credé'sche Prophylaxe).

Die mikroskopische Diagnose der Go wird an Hand von Abstrichpräparaten aus der Urethra, der Cervix und den Bartholinischen Drüsen festgestellt.

Nach überstandener Krankheit ist eine Immunität gegen eine erneute Infektion nicht vorhanden.

Als Therapeutikum wird Penicillin angewandt. Um eine akute In-

fektion zu heilen, genügen in der Regel ein bis zwei Injektionen mit 1 000 000 Einheiten Penicillin. Gegen Sulfonamide sind die meisten Gonokokkenstämme heute resistent.

Die Gonorrhoe wird durch Geschlechtsverkehr übertragen. Die Prophylaxe besteht vor allem in der Behandlung der infizierten Individuen.

Zu 2: Lues (L)

Der Erreger der Lues ist das *Treponema pallidum*, im folgenden kurz TP genannt. Das TP ist stark spiralig gewunden und lebhaft. Es vermehrt sich durch Querteilung. Die genaue Physiologie ist wegen Nichtanfärbbarkeit unbekannt.

In Blutkonserven bis 4 ° C kann das TP für wenigstens 24 Stunden lebensfähig bleiben. Bei Bluttransfusionen ist dies bedeutungsvoll.

Die Erreger der L sind gegen Austrocknung sehr empfindlich. Ebenso sterben sie bei Temperaturerhöhungen auf 42° C schnell ab. Auf dieser Thermolabilität beruht teilweise die Fiebertherapie. Die Antigenstruktur des TP ist unbekannt.

Während des Primär- und Sekundärstadiums sind die infizierten Individuen ansteckungsfähig. Die Ansteckungsfähigkeit hört fünf Jahre nach der Infektion auf.

Ohne jegliche Behandlung heilen 25 % aller Erkrankungsfälle vollständig aus. Ebenso gross ist der Prozentsatz derjenigen Erkrankungen, die ausser Primär- und Sekundärstadium keine weiteren klinischen Erscheinungen mehr zeigen. Das Tertiärstadium mit Gummen, Tabes dorsalis, progressiver Paralyse oder Mesoarthritis entwickelt sich beim restlichen Prozentsatz der unbehandelten Erkrankten.

Bei der Lues latens fehlen die Primär- und Sekundärerkrankungen vollständig. Bei der Lues congenita sind die Erreger von der Mutter auf den Föten übertragen.

Im Dunkelfeld lassen sich die Erreger im ausgedrückten Sekret des Primäraffektes nachweisen. Während des Sekundär- und Tertiär-

stadiums müssen die serologischen Reaktionen zur Diagnose herangezogen werden. Zwei Arten serologischer Reaktionen sind möglich :

- a) Der serologische Nachweis von Antikörpern (Reaginen), die mit Lipoiden reagieren
- b) der Nachweis von Antikörpern, die das TP unbeweglich machen.

Sind in einem Serum Antikörper vorhanden, so kommt es zu feiner Flockenbildung, wenn diese Antikörper mit Lipoiden aus normalem tierischen oder menschlichen Gewebe reagieren (Citochol-Kahn-, Meinecke-, Sachs-Georgi-Reaktion).

Da die mit Lipoiden (beispielweise Cardio-Lipin im Rinderherz-extrakt) reagierenden Antikörper im Luetiker Serum auch Komplemente bilden, können auch Komplementbindungsreaktionen durchgeführt werden (Wassermann-Reaktion, Cardio-Lipin-Flockungs-Reaktion).

Alle hier aufgeführten Flockungen und Komplementbindungsreaktionen sind jedoch nicht spezifisch für Lues. Sie sind ebenso in vielen Fällen von Malaria, Lepra, Masern, Tbc, Influenza, Lupus, Erythematodes, Periarthritidis nodosa und malignen Tumoren positiv.

Fallen aber drei der Flockungsreaktionen (z.B. die Meinecke-, Citochol- und Kahnreaktion) sowie die Komplementbindungsreaktion positiv aus, so sprechen die Befunde stark für eine bestehende venerische Erkrankung. Das ergibt sich daraus, dass nur selten alle diese Reaktionen bei den anderen Krankheitsbildern ebenfalls gleichzeitig positiv ausfallen. Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass in Einzelfällen diese Reaktionen trotz bestehender Lues negativ ausfallen.

Aus dem eben Gesagten ergibt sich, dass die Diagnose der Lues hauptsächlich an Hand der klinischen Symptome zu stellen ist. Dabei können die serologischen Reaktionen nur einen richtungsweisenden Anhaltspunkt in der Symptomdiagnostik geben.

Führen jedoch die klinischen sowie serologischen Symptome zusammen zu keiner klaren Diagnose, dann muss der entsprechende spezifische Treponema-Immobilisations-Test (TPI-Test, Nelson-Test) zur Diagnosestellung herangezogen werden. Mit dieser

serologischen Untersuchung können im Serum Antikörper nachgewiesen werden, welche das TP unbeweglich machen. Diese Antikörper sind nur dann im Serum zu finden, wenn tatsächlich eine Lues-Erkrankung vorliegt. Allerdings sind diese Antikörper auch dann nachweisbar, wenn der Patient an Framboesie erkrankt ist. Fällt der Test positiv aus, muss daher noch eine Framboesie ausgeschlossen werden. Dann kann die Diagnose der Lues mit Sicherheit gestellt werden.

Bei bestehender syphilitischer Erkrankung ist eine erneute Infektion mit TP nicht möglich. Ist diese aber ausgeheilt, so ist der Organismus wieder anfällig. Eine Immunität gegen Lues besteht also nicht. Die Übertragung erfolgt durch Geschlechtsverkehr. Eine Ausnahme bilden die congenitale Lues und die sehr seltenen Berufsinfektionen bei Ärzten sowie bei ärztlichem Hilfspersonal.

Überwachung und Bekämpfung

Eine ständige ärztliche Überwachung der Prostituierten ist die beste Prophylaxe gegen die Verbreitung der Lues, da diese, wie bereits erörtert, durch den Geschlechtsverkehr übertragen wird.

Um eine solche Überwachung sinnvoll und vollständig durchzuführen, ist es erforderlich, dass alle Prostituierten von den Verwaltungsbehörden erfasst werden. Das wäre dann der Fall, wenn die Prostitution von den Behörden - natürlich nur in einem gewissen Rahmen - genehmigt würde und die Prostituierten in Bordellen zusammengefasst werden würden.

Ein grundsätzliches Verbot der Prostitution wäre wenig geeignet, die Geschlechtskrankheiten zu bekämpfen. Die Prostitution würde nur unterdrückt, nicht aber beseitigt werden. Die Prostituierten blieben in diesem Falle unbekannt. Eine Überwachung derselben durch Ärzte wäre nicht möglich.

Bis zum Beginn der Antibiotica-Ära wurde Lues mit Wismuth und Neo-Salvarsan bekämpft. Heute sind diese Medikamente durch Penicillin verdrängt worden, das eine sehr konzentrierte Wirkung vor allem auf das TP hat.

In Berlin wird die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit Hilfe von Beratungsstellen durchgeführt. Alle Prostituierten

sind dort karteimässig erfasst. Sie müssen mindestens alle zwei Wochen zu einer ärztlichen Untersuchung erscheinen. In den Berliner Bezirken Neukölln, Schöneberg, Kreuzberg, Charlottenburg, Spandau und Wedding gibt es Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Dabei wird der Bezirk Tempelhof von Kreuzberg mitversorgt. Die Bezirke Wilmersdorf, Zehlendorf und Steglitz werden von Schöneberg und der Bezirk Tiergarten von Wedding betreut.

Seit 1956 gibt die Senatsverwaltung für Gesundheitswesen jährlich eine Statistik über die venerischen Erkrankungen heraus. Dabei fällt auf, dass seit 1956 - mit einer geringen Ausnahme bei der Go - die Anzahl der Geschlechtskrankheiten zurückgeht. Erkrankten 1956 noch 2 002 Personen an Go, so waren es 1962 nur noch 1 140. Ähnlich günstig verläuft die Entwicklung bei der L. Im Jahre 1956 waren 103 Fälle zu verzeichnen, 1962 nur noch 46.

Bedeutung der Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen

In diesem Abschnitt soll hauptsächlich auf die Häufigkeit des Auftretens von Go und L und die aus den Erkrankungen resultierenden Folgen besonders im Hinblick auf die Beteiligung anderer Organe eingegangen werden.

An erster Stelle steht dabei die Betrachtung der Go, die vor allem aufgrund ihrer Häufigkeit als die bedeutendste Geschlechtskrankheit angesehen werden kann. Die Folgen einer Go ziehen fast das gesamte weibliche Genitale direkt oder indirekt in Mitleidenschaft. Früher war die Behandlung der Go sowie der durch sie hervorgerufenen Organerkrankungen ein schwieriges, nahezu unlösbares Problem. Seit der Antibiotica-Ära ist ihre erfolgreiche Behandlung bei rechtzeitig diagnostizierter Erkrankung ohne Schwierigkeit möglich. Spätschäden können somit heute vermieden werden.

Früher wurde durch eine venerisch erkrankte Mutter dem Neugeborenen eine Go-Infektion der Augen - Blenorrhoe - zugefügt. Diese hatte meistens ein Erblinden zur Folge. Das wird heute dadurch vermieden, dass jedem Neugeborenen die Credé'sche Lösung sofort nach der Geburt in die Augen geträufelt wird. Weiter kann eine postgonorrhöische Tubenverklebung eine Sterili-

tät und eine Gonokokkenverschleppung auf dem Blutwege eine Gonokokkenmeningitis oder eine Gonarthritits verursachen. Die Häufigkeit der weiblichen Go sowie der gonorrhöischen Organerkrankungen wird unterschiedlich hoch angegeben. Das liegt vor allem daran, dass die Zahl der Erkrankungen seit der Bekämpfung der Go mit Antibiotica stark abnimmt. Es ist somit äusserst schwierig, exakte Zahlen zu ermitteln. Deshalb kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Höhe der hier genannten Zahlen kleiner ist als die tatsächliche Anzahl der weiblichen Go-Erkrankungen.

Die Lues ist weitaus weniger verbreitet als die Go. Auch kann sie sowohl im ersten als auch im späteren Stadium durch die bei ihr auftretenden äusseren Merkmale erkannt werden. Abgesehen von einer intrauterinen Übertragung einer L von der Mutter auf den Foeten sind andere schwere Folgen einer nicht behandelten L wie Mesaortitis, progressive Paralyse, Tabes dorsalis u.a. zu erwähnen.

Gesetzliche Verhütung

Die rechtliche Grundlage für die Überwachung, Verhütung und Zwangsbehandlung der Geschlechtskrankheiten liegt im "Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953". Dazu sind Ausführungs- und Nebenbestimmungen ergangen. Bis 1953 galt das "Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vom 18. Februar 1927". Dessen Vorläufer sind landesrechtliche Regelungen, die in der Mitte des 19. Jahrhunderts kodifiziert wurden. Als wichtigste wären hier zu nennen:

- a) Preussisches Regulativ vom 6.8.1835,
- b) Sächsisches Gesetz von 1855,
- c) Braunschweigisches Gesetz vom 26.6.1904,
- d) Badische Verordnung, "die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten betreffend", vom 9.5.1911

Allen diesen Kodifikationen ist gemein, dass sie nur die geschlechtskranken Prostituierten einer zwangsweisen Behandlung unterwerfen.

Die heute geltenden gesetzlichen Vorschriften ordnen ebenfalls eine Behandlungspflicht an, die jedoch sämtliche geschlechtskranken Personen betrifft. Damit wird die Behandlungspflicht zur Rechtspflicht erhoben, was noch besonders durch die Strafvorschriften verdeutlicht wird.

Allerdings macht das Gesetz insoweit eine Einschränkung, als es nur demjenigen strafrechtliche Folgen androht, der das Vorhandensein einer konkreten Geschlechtskrankheit mit Ansteckungsgefahr kennt. Was nun als Geschlechtskrankheit zu werten ist, wird numerativ aufgeführt. Dazu sind nur Syphilis, Tripper und Schanker zu zählen. Allerdings gilt die Behandlungspflicht im Erkrankungsfall grundsätzlich, ganz gleich, an welcher Körperpartie die Symptome auftreten.

Die Behandlung einer Geschlechtskrankheit darf nur durch einen Arzt erfolgen. Verboten sind das Anpreisen von Heilmitteln oder Vorträge, Schriften und Ähnliches, die Ratschläge über eine Selbstbehandlung erteilen.

Der Arzt wiederum ist verpflichtet, erkrankte Personen sowohl auf die Ansteckungsgefahr als auch auf die Strafbarkeit einer Nicht- oder nicht sachgemässen Behandlung hinzuweisen.

Weigert sich der Infizierte nun, eine notwendige Behandlung vornehmen zu lassen, so ist der Arzt verpflichtet, darüber Anzeige zu erstatten. Zuständige Stelle sind die Gesundheitsämter. Daneben können aber auch Einrichtungen der sozialen Fürsorge benachrichtigt werden. Auch diesen ist ein Einschreiten möglich.

Der unmittelbare Zwang beginnt erst mit der Einweisung in eine Krankenanstalt. Die Einweisung ist aber, da am stärksten in die Individualsphäre eingreifend, nur dann zulässig, wenn auf andere Weise eine Ansteckungsgefahr nicht verhindert werden kann.

Dieser unmittelbare Zwang geht jedoch nicht so weit, dass damit sämtliche ärztlichen Eingriffe, auch gegen den Willen des Kranken, gerechtfertigt wären. Bestimmte Eingriffe dürfen selbst bei Anwendung unmittelbaren Zwanges nur mit Einwilligung des Infizierten erfolgen.

Trotz der das Gesetz scheinbar beherrschenden Strafbestimmungen, ist es kein Strafgesetz. Im Vordergrund steht die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch Verwaltungsmassnahmen. Pflege und Fürsorge sollen die vordringliche Aufgabe sein. Erst wenn derartige Massnahmen nicht mehr ausreichen - zum Beispiel weil es dem Erkrankten an Einsicht oder gutem Willen mangelt, eine Behandlung durchführen zu lassen - sollen Zwang und Strafen als letztes Mittel angewendet werden, um das Allgemeinwohl zu schützen.

Neben der Bekämpfung im eigentlichen Sinne sieht das Gesetz auch Vorbeugungsmassnahmen vor. Diese gelten vor allem dem Schutz der Amme und des Säuglings. Hier besteht die Verpflichtung zur Vorlegung eines ärztlichen Zeugnisses, wenn der Verdacht einer Infektion bei dem genannten Personenkreis besteht.

Vergleichende Arbeiten

Statistische Arbeiten auf dem Gebiet der venerischen Erkrankungen sind in dieser Art bisher nicht erstellt worden. Vergleiche sind deshalb so gut wie unmöglich.

Eine Arbeit aus der Hautklinik der Freien Universität im Rudolf-Virchow-Krankenhaus von H.-J. Weise und J. Simon befasst sich hauptsächlich mit den soziologischen Aspekten des Patientengutes. Da es sich bei dieser Klinik um eine halbgeschlossene Station handelt, wurden dort hauptsächlich zwangseingewiesene Frauen behandelt. Im Gegensatz dazu geht das statistische Material der Städt. Frauenklinik Berlin-Neukölln gerade von den zufällig entdeckten Geschlechtskrankheiten sämtlicher Patientinnen, die eben nicht wegen einer venerischen Erkrankung zwangsweise eingewiesen wurden, aus. Ein Vergleich mit der oben zitierten Arbeit lässt sich demnach schon deshalb nicht ziehen. Im übrigen erfolgte bei der Auswertung des Krankengutes des Rudolf-Virchow-Krankenhauses keine Gliederung nach dem Alter der Patientinnen - wie im vorliegenden Falle - sondern nach Wohnverhältnissen, Einweisungsdauer und Einweisungshäufigkeit. Weiter wurde das Krankengut nach Diagnosen in den Jahren 1954 - 1958 aufgeteilt.

Auch die von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheitswesen jährlich herausgegebene Statistik eignet sich nicht für einen Vergleich mit der vorliegenden Arbeit. Einmal wurde diese Statistik erst seit 1956 geführt. Zum anderen enthält sie keine Aufteilung der Erkrankten nach Lebensalter. Weiterhin ist in ihr nur die Zahl der Erkrankten erfasst, nicht dagegen ihre prozentuale Höhe im Vergleich zu den nicht infizierten oder untersuchten Personen.

Allgemein kann jedoch festgestellt werden, dass die Geschlechtskrankheiten von 1956 bis 1962 abnahmen. Insoweit ergibt sich eine Parallele zu der in dieser Arbeit festgestellten Entwicklung von 1946 bis 1962.

Bewertung der eigenen Ergebnisse

Abhängigkeit der Infektionen vom Kalenderjahr

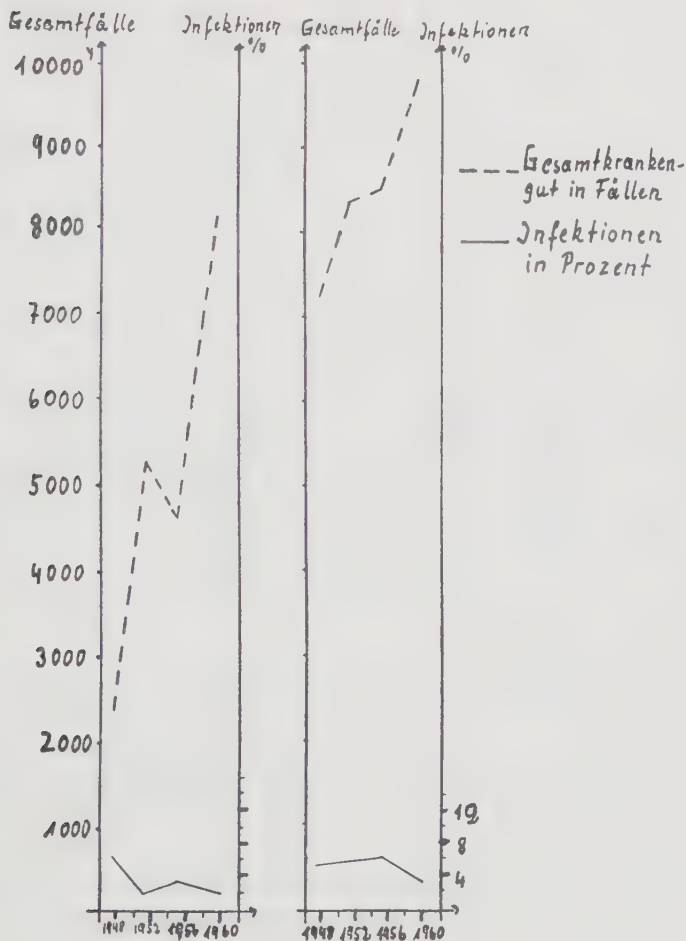
K-Jahr	1946-1949	1950-53	1954-57	1958-62	
%	6,66	2,37	3,78	2,14	
geb.	2 370	5 321	4 607	8 181	Gesamt-Krankengut
Fälle	158	116	174	176	Infizierte
=====					
%	5,4	5,8	6,04	3,51	
gyn.	7 227	8 348	8 509	9 826	Gesamt-Krankengut
Fälle	390	483	514	345	Infizierte
=====					
%	12,6	8,17	9,82	5,65	
ges.	9 597	13 669	13 116	18 007	Gesamt-Krankengut
Fälle	548	609	688	321	Infizierte
=====					

bei geburtshilflichen Fällen

Im Bewertungszeitraum 1946 - 1962 sind im Zeitabschnitt 1958 -1962 mit 176 Infektionen die meisten Erkrankungen aufgetreten. Das entspricht aber, auf das Gesamtkrankengut dieses Zeitraumes bezogen, keineswegs der Häufigkeitsverteilung. Gerade hinsichtlich dieses Faktors weist dieser Zeitraum mit 2,14 v. H. Infektionen die geringste Häufigkeit der Erkrankungen auf.

Abhängigkeit vom Kalenderjahr

Geburtshilfe Gynäkologie



Die grösste Infektionsquote - bezogen auf das Gesamtkrankengut - ist in den Jahren 1946 - 1949 zu verzeichnen. Mit 6,66 v.H. liegt dieser Zeitraum erheblich über den Vergleichszahlen der folgenden Jahresgruppen, auch wenn nur 158 Fälle von Go und L zu verzeichnen sind, was insgesamt gesehen die zweitniedrigste Infektionszahl ist. Es darf bei dieser Betrachtungsweise jedoch nicht verkannt werden, dass das Gesamtkrankengut jener Jahre weitaus niedriger liegt als in den folgenden Zeiträumen. Die Spannweite beträgt somit 4,52 v.H.

Wird 1946 - 1949 als Basisjahrsgruppe angenommen, so ist in den folgenden Zeitabschnitten ein starkes Absinken der Infektionshäufigkeit besonders im Bewertungszeitraum 1950 - 1953 zu erkennen. Hier fiel die Infektionsquote um 181,01 v.H., gleichzeitig erfuhr das Gesamtkrankengut eine Zunahme um 124,5 v.H. In den Jahren 1954 - 1957 folgte ein leichtes Ansteigen um 59,4 v.H. gegenüber der Vorjahresgruppe, dabei geht das Gesamtkrankengut um 15,3 v.H. zurück.

In der Zeit von 1958 - 1962 ist die Höhe der Infektionen ungefähr auf demselben Stand wie im Bewertungszeitraum 1950 - 1953, während das Gesamtkrankengut um fast 100 v.H. höher liegt. Das bedeutet ein Absinken der Erkrankungen gegenüber den Vorjahren um 16,6 v.H. Im ganzen gesehen ist zwischen 1950 - 1962 die Höhe der Erkrankungen nahezu konstant geblieben. Gegenüber dem Vorzeitraum ist ein starkes Absinken zu verzeichnen.

bei gynäkologischem Material

In der Berichtszeit von 1946 bis 1962 liegt der dichteste Infektionswert mit 6,4 v.H. im Zeitabschnitt 1954 - 1957, was gleichwertig auch mit der Häufigkeit der Erkrankungsfälle übereinstimmt. Ein Vergleich ist in diesem Falle insoweit möglich, als das Gesamtkrankengut der einzelnen Jahresgruppen nur leicht differiert.

Der Zeitraum 1958 - 1962 liegt mit nur 3,5 v.H. bei 345 aufgetretenen Infektionen an letzter Stelle im insgesamt beurteilten Zeitraum. Das bedeutet eine Spannweite von 2,9 v.H.

Nimmt man die Jahresgruppe 1946 - 1949 als Vergleichsbasis, so bleibt die Infektionshöhe der folgenden Jahre bis 1958 nahezu konstant.

Betrachtet man allerdings die Anzahl der aufgetretenen Fälle, so könnte man bei einer Steigerung um fast 100 Infizierte zwischen 1950 - 1953 von einer erheblichen Erkrankungszunahme sprechen. Dabei darf jedoch nicht ausser acht gelassen werden, dass sich auch das Gesamtkrankengut um über 1 000 Patientinnen vermehrt hat.

Das geringfügige Ansteigen von 2,1 v.H. in dem fraglichen Zeitraum zeigt ganz deutlich, dass keine wesentliche Veränderung gegenüber den Vorjahren eingetreten ist, zumal das Gesamtkrankengut um über 15 v.H. in diesen Jahren zugenommen hat. Auch die folgenden Jahre zeigen keine auffallenden Bewegungen. Gegenüber 1950 - 1954 sind 31 Fälle mehr aufgetreten, wobei das Gesamtkrankengut nahezu konstant blieb. In Prozenten ausgedrückt ergibt sich eine Steigerung um 4,2 v.H. Auf die Basisjahresgruppe bezogen zeigt sich eine Schwankung von 11,8 v.H., wenn auch die Anzahl der Erkrankungen eine Steigerung um über 100 Fälle erfahren hat. Diese scheinbar starke Zunahme ergibt sich aber aus der unterschiedlichen Höhe des Gesamtkrankengutes zwischen 1946 - 1949 einerseits und 1954 - 1957 andererseits. Dagegen ist in der Bewertungsgruppe 1958 - 1962 ein starkes Nachlassen der Infektionshäufigkeit zu verzeichnen. Die Anzahl der Erkrankten ging um 169 Fälle gegenüber 1954 - 1957 zurück, obwohl das Gesamtkrankengut im Vergleich zu den Jahren 1954 - 1957 um über 1 300 Patienten angewachsen ist. Noch stärker kommt dieses Ergebnis im Absinken der prozentualen Häufigkeitsverteilung um ungefähr 72,0 v.H. zum Ausdruck. Insgesamt gesehen ist von 1946 - 1957 eine leichte Zunahme der Go- und L-Infektionen zu verzeichnen, während diese 1958 - 1962 erheblich abgenommen haben.

bei geburtshilflichen und gynäkologischen Fällen insgesamt

Der Untersuchungszeitraum 1946 - 1962 weist in der Zeit von 1946 - 1949 die meisten Infektionen an Go und L auf. Mit 12,06 v.H. liegt diese Zeitspanne weit über den Werten der folgenden Bewertungsperioden.

Zwar wurden nur 548 Fälle bekannt, was fast der geringsten Anzahl von Erkrankungen entspricht, jedoch ist ein Vergleich insoweit nicht möglich, als das Gesamtkrankengut in den einzelnen Gruppen stark differiert.

Der Zeitraum 1958 - 1962 liegt mit 521 Infizierten kaum über dem eben genannten. Jedoch sind diese Erkrankungen auf 18 007 Patienten verteilt gegenüber nur 9 597 in den Jahren 1946 - 1949 und 1958 - 1962. So ergibt sich, prozentual gesehen, die geringste Infektionsquote. Mit 3,65 v.H. zeigt sich ein deutlicher Abfall gegenüber 12,06 v.H. in der Zeit von 1946 - 1949. Damit beträgt die Spannweite 6,41 v.H.

Sieht man 1946 - 1949 als Bezugsjahresgruppe, so ist im folgenden Zeitabschnitt eine Zunahme der Fälle um 61 zu erkennen, auf das Gesamtkrankengut dieser Jahre bezogen ergibt sich jedoch eine Abnahme der Infektionen um 47,7 v.H. Dieser Widerspruch ist durch die unterschiedliche Höhe des als Bezugsmasse anzusehenden Gesamtkrankengutes in den Vergleichszeiträumen zu erklären. Dieses wuchs um 4 072 Patienten, was einer Zuwachsrate um ca. $\frac{1}{3}$ entspricht.

In der darauf folgenden Periode 1954 - 1957 ist eine leichte Zunahme um 52,1 v.H. und ein Ansteigen der mit Go und L infizierten Fälle um 79 zu verzeichnen. Dagegen verringern sich die Infektionen von 688 auf 521 um 167 Fälle im Bewertungszeitraum 1958 - 1962, obwohl das Gesamtkrankengut gegenüber den Vorjahren um ungefähr $\frac{1}{3}$ gewachsen ist. Mit 73,8 v.H. kommt ein sehr starkes Absinken gegenüber dem Vorzeitraum klar zum Ausdruck.

Insgesamt betrachtet scheint die Anzahl der Infektionen nahezu konstant zu bleiben, was aber nicht zu einem falschen Schluss verleiten darf. Da sich das Gesamtkrankengut von der Grundjahresgruppe 1946 - 1949 bis zu der von 1958 - 1962 nahezu verdoppelt hat, ist tatsächlich eine Abnahme der Go- und L- Infektionen zu verzeichnen. Nach einem starken Abfall in den Jahren 1950 - 1953 folgt eine leichte Zunahme 1954 - 1957 und schliesslich ein starkes Absinken der Infektionshäufigkeit im Zeitraum 1958 - 1962.

Vergleich der geburtshilflichen und gynäkologischen Fälle

Ein Vergleich der geburtshilflichen und gynäkologischen Fälle zeigt, dass im Beurteilungszeitraum 1958 - 1962 die geringste Infektionshäufigkeit vorhanden ist. Wenn auch bezüglich der Anzahl der Erkrankungsfälle in diesen Jahren die geburtshilflichen Fälle die höchste Zahl zu verzeichnen haben, so ergibt sich dieser scheinbare Widerspruch aber auf Grund des gesteigerten Gesamt-

krankengutes gegenüber den Vorzeiträumen. auf beiden Gebieten ist im Bewertungszeitraum 1946 - 1962, ausgehend von 1946, eine Abnahme der Infektionen bei gleichwertiger Zunahme des Gesamtkrankengutes zu erkennen.

Bei beiden Kenngrössen besteht 1946 - 1949 eine erhebliche Infektionshöhe, wenn auch die Anzahl der Go- und L-Fälle gegenüber den folgenden Jahren gering ist. Das könnte zu dem unrichtigen Schluss einer geringen Infektionsdichte führen. Deshalb ist der Vergleich mit dem Gesamtkrankengut erforderlich, woraus sich dann die tatsächliche Infektionshäufigkeit ergibt. Bei den geburtshilflichen Fällen haben sich in der Zeit von 1950 - 1953 die Infektionen erheblich verringert, während auf dem gynäkologischen Sektor eine leichte Zunahme erfolgte. Mit 2,1 v.H. ist sie jedoch sehr gering.

Dagegen ist in der Periode 1954 - 1957 auf beiden Sachgebieten eine Zunahme zu verzeichnen. Mit 49,4 v.H. bei den geburtshilflichen Fällen und 4,2 bei den gynäkologischen ist sie bei den ersteren recht hoch. Der Trend führt schliesslich in beiden Fällen zu einem starken Absinken am Ende dieses Beurteilungszeitraumes in den Jahren 1958 - 1962. Vergleicht man beide Gebiete insgesamt auf Ihre Infektionshäufigkeit, so ist bei den gynäkologischen Fällen nicht nur der Anzahl nach, sondern auch auf das Gesamtkrankengut bezogen ein stärkeres Auftreten der Go- und L-Infektionen zu verzeichnen.

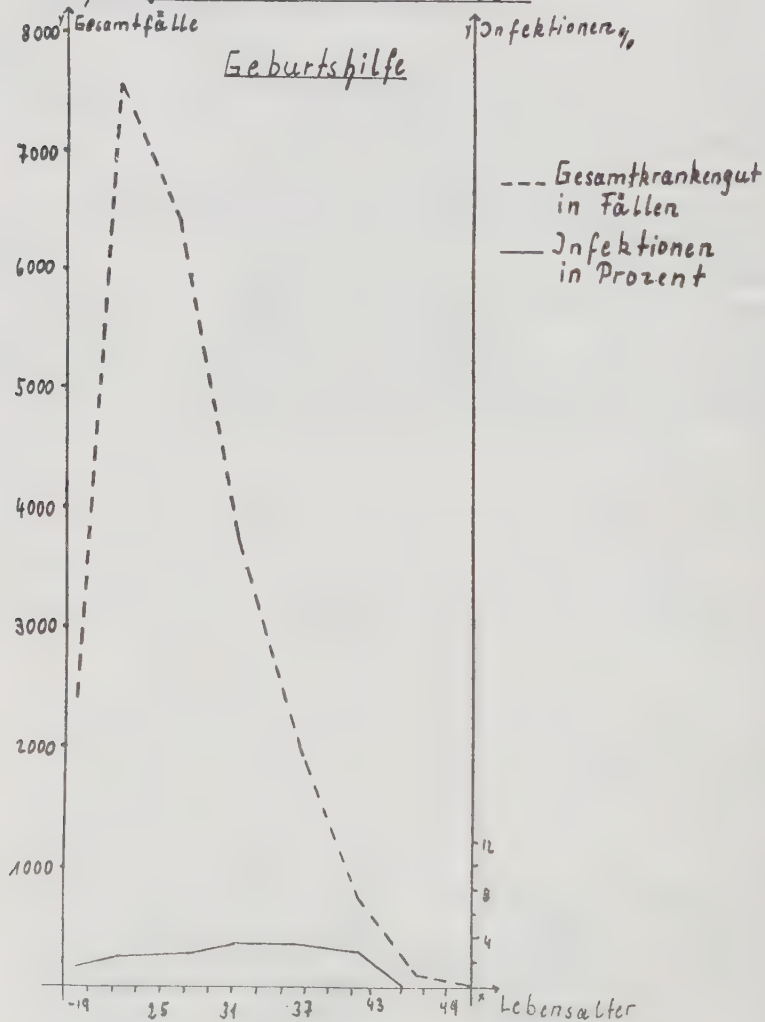
L-Alter	- 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 -
%	1,85	2,42	2,77	3,66	3,59	2,93		
Geb.	2 435	7 588	6 416	3 662	2 005	716	67	Gesamt-Kranken- gut
Fälle	45	184	178	134	73	21		Infizierte
%	2,79	5,48	6,80	5,04	6,37	4,60	5,54	2,69
gyn.	2 404	5 163	5 077	4 150	3 739	3 458	3 456	6463 Ges.Kran- kengut
Fälle	67	283	345	309	238	159	157	174 Infizierte
%	2,31	3,66	4,55	5,67	5,40	4,31	4,46	2,69
Gesamt	4 839	12 751	11 493	7 812	5 744	4 174	3 523	6463 Ges.Kran- kengut
Fälle	112	467	523	443	311	180	157	174 Infizierte

Abhängigkeit der Infektionen vom Lebensalter

bei geburtshilflichen Fällen

Bei den geburtshilflichen Fällen entfällt eine Bewertung der 50jährigen und Älteren. Bei den Altersgruppen der 19jährigen bis 49jährigen entfallen die meisten Infektionen auf die 30 - 34jährigen. Zwar sind bei ihnen nur 134 Fälle von Go und L zu verzeichnen, was auf den Gesamtzeitraum gesehen keineswegs die höchste Infektionsquote darstellt. Jedoch stellt das Gesamtkrankengut dieser Altersgruppe mit 3 662 nur einen Mittelwert dar, was der Infektionshäufigkeit von 3,66 v.H. entspricht. Dagegen wurden im Alter von 45 - 49 Jahren keine Infektionen bekannt, obwohl das Gesamtkrankengut noch 67 Fälle umfasste. Nimmt man die - 19jährigen als Anhaltspunkt, so liegt diese Gruppe mit 1,85 v.H. Infektionen von Go und L an vorletzter Stelle hinter den 45-49jährigen. Der Trend zeigt eine stetige Zunahme der Erkrankungen an Go und L bei den 30-34jährigen.

Abhängigkeit vom Lebensalter



Gegenüber den - 19jährigen ist bei der Altersgruppe der 20-24jährigen eine Steigerung von 30,8 v.H. zu erkennen, was auf das Gesamtkrankengut dieser Jahrgänge bezogen einer Häufigkeitsverteilung von 2,42 v.H. entspricht und somit im unteren Drittel der Werte aller Jahrgänge liegt. Mit einer Anzahl von 184 Fällen ist diese Häufigkeitsverteilung zwar die höchste, dabei ist jedoch zu beachten, dass das Gesamtkrankengut 7 588 Fälle aufweist und damit das weitaus grösste in dem Gesamtbeurteilungszeitraum ist. Gegenüber dem Bezugsjahr hat es sich verdreifacht, während die Zunahme der Infektionshäufigkeit nur 30,8 v.H. beträgt. Das bedeutet eine anteilmässige Steigerung um nur 5,6 v.H.

Die Altersgruppe von 25 -29 Jahren weist gegenüber der Vorjahresgruppe eine Zunahme um 6,95 v.H. auf bei gleichzeitiger Abnahme des Gesamtkrankengutes um 18,1 v.H. Die Steigerung der Häufigkeitsverteilung von nur 2,77 v.H. gegenüber 2,42 v.H. der Vorjahre erscheint gering. Das darf aber nicht täuschen, denn durch den Rückgang des Gesamtkrankengutes liegt die Häufigkeitsverteilung anteilmässig höher. Sie beträgt gut 10.v.H. der Vergleichsjahresgruppe. Gegenüber dem Basisjahr bedeutet das eine Steigerung des Gesamtkrankengutes um das Zweieinhalbfache, wobei die Zunahme der Infektionen mit 49,1 v.H. nicht ganz einhalb beträgt.

In den Lebensjahren 30 -34 sind die Gesamtkrankenfälle um fast die Hälfte gegenüber der Vorjahresgruppe zurückgegangen, die Infektionshäufigkeit ist aber um 32,1 v.H. angewachsen. Das zeigt ganz klar eine sehr starke Zunahme der Go- und L- Erkrankungen in diesem Alter. Dem folgt ein Rückgang des Gesamtkrankengutes um 84,6 v.H. bei einer nur geringen Abnahme der Infektionsquote mit 9,9 v.H. Man könnte in diesem Fall von einem Konstantbleiben der Go- und L-Anteile sprechen, wenn es auch scheint, als bestände zwischen den aufgetretenen Fällen - 134 und 73 - ein starkes Gefälle. Diese Betrachtungsweise würde aber, wie bereits angeführt, zu einem falschen Schluss führen.

Obwohl das Gesamtkrankengut in dem Lebensalter von 40 - 44 Jahren um fast das Dreifache zurückgegangen ist, steht dem eine nur 22,5 prozentige Abnahme der Infektionshäufigkeit gegenüber. Die 45-49jährigen hatten keine Erkrankungen mehr aufzuweisen.

Abschliessend betrachtet ist zu sagen, dass, von den -19jährigen ausgehend, im ersten Bewertungszeitraum nur eine geringe Zunahme der Infektionen bei gleichzeitig stark angewachsenem Gesamtkrankengut vorhanden ist, während bei den 25-35jährigen bei gleichzeitiger Abnahme des Gesamtkrankengutes eine Zunahme der Infektionshäufigkeit festgestellt werden muss. In den folgenden zehn Lebensjahren fällt das Gesamtkrankengut erheblich ab, während die Infektionsquote nur gering nachlässt. Die 45-49jährigen weisen, obwohl noch 67 geburtshilfliche Fälle darunter sind, keine Infektionen mehr auf.

bei gynäkologischen Fällen

Bei dem gynäkologischen Material liegt die grösste Infektionsdichte im Alter von 25-29 Jahren. Sowohl mit 6,8 v.H. der an Go- und L-Erkrankten, als auch mit der Anzahl von 345 Fällen liegt diese Altersgruppe an der Spitze der Vergleichsjahrgänge. Am geringsten vertreten sind die 50jährigen und Älteren, mit 2,69 v.H., obwohl gerade in dieser Altersstufe die meisten Krankengeschichten zur Beurteilung stehen. Die Spannweite beträgt somit 4,11 v.H.

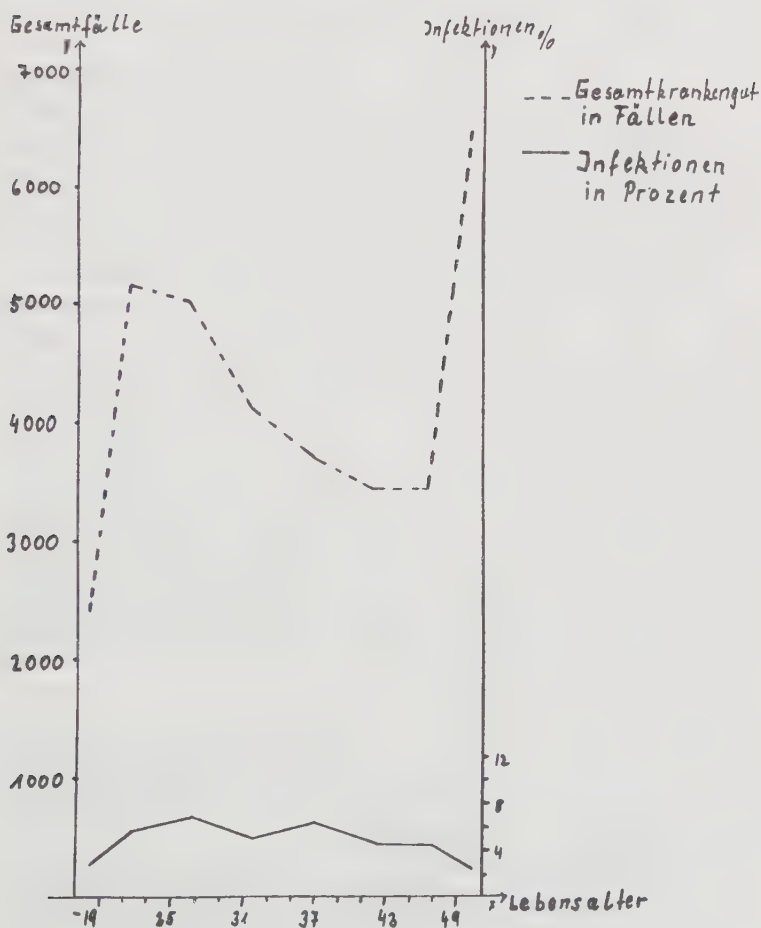
Verfolgt man nun die Entwicklung der Häufigkeitsverteilung von den -19jährigen ausgehend, so ergibt sich folgendes Bild. In diesem Alter liegen die Infektionen fast auf gleicher Höhe wie bei den 50jährigen und Älteren. Die Differenz beträgt nur 0,1 v.

Bei der Altersgruppe von 20-24 Jahren tritt eine Steigerung um über 100 v.H. auf, wobei das Gesamtkrankengut sich ebenfalls fast verdoppelt hat. Betrachtet man die Anzahl der Infizierten, so ist die Zunahme noch gravierender. Allerdings muss dabei auch die sehr starke Zunahme des Gesamtkrankengutes berücksichtigt werden, so dass sich ein Go- und L-Anteil von 5,48 v.H. ergibt.

In der Altersgruppe der 25-29jährigen ist gegenüber dem Bezugsjahr eine Steigerung um über das Zweieinhalbfache zu verzeichnen, obwohl sich das Gesamtkrankengut nur verdoppelt hat.

Abhängigkeit vom Lebensalter

Gynäkologie



Auf die Voraltersgruppe bezogen ergibt sich ein Anwachsen um weitere 24,1 v.H., während das Gesamtkrankengut um 1,9 v.H. gefallen ist.

Ein Absinken der Infektionsquote um 34,9 v.H. ist bei den 30-34jährigen zu beobachten. Gleichzeitig sinkt das Gesamtkrankengut aber um 22,3 v.H. Gegenüber den -19jährigen ist die Infektionshäufigkeit noch immer fast doppelt so hoch.

Im Alter von 35-39 Jahren steigen die Go- und L-Erkrankungen wiederum an. Mit 6,37 v.H. weist diese Altersgruppe fast dieselbe Prozentzahl auf wie die der 25-29jährigen. Die Differenz der Infektionshäufigkeit beträgt nur 0,5 v.H., während das Gesamtkrankengut um 1 338 Fälle geringer ist. Gegenüber den -19jährigen sind die Infektionen um 123,2 v.H. angewachsen, während das Gesamtkrankengut um nur 72,6 v.H. zugenommen hat. Bei den 40-44jährigen sind 4,6 v.H. infiziert. Das bedeutet gegenüber der Voraltersgruppe einen Rückgang um 39,8 v.H. Gleichzeitig sind aber die gesamtgynäkologischen Fälle um 8,3 v.H. zurückgegangen. Daraus ergibt sich ein stärkerer Abfall der Infektionen von Go und L.

Weiterhin ist ein ganz leichter Rückgang in der Altersgruppe der 45-49jährigen um 1,1 v.H. zu spüren. Bei dieser geringen Spannweite kann man von einem Konstantbleiben der an Go und L Erkrankten sprechen, zumal das Gesamtkrankengut sowie die Höhe der Infektionsfälle fast gleich sind. Gegenüber den -19jährigen liegt auch hier in dieser Altersstufe die Infektionsdichte fast doppelt so hoch wie im Ausgangsjahr.

Ein Rückgang um 69,5 v.H. kann bei den 50jährigen und Älteren festgestellt werden bei gleichzeitiger Zunahme der Gesamtfälle um 87,8 v.H. Das bedeutet einen recht erheblichen Rückgang der Erkrankungshäufigkeit in diesem Alter.

Auf das Basisjahr bezogen zeigt sich sogar eine leichte Abnahme um 1,46 v.H. Diese kommt aber stärker zum Ausdruck, wenn man gleichzeitig das Gesamtkrankengut jener Jahrgänge betrachtet. Dieses hat sich bei den 50jährigen und Älteren gegenüber den -19jährigen fast verdreifacht.

Insgesamt betrachtet ist zu sagen, dass, von den -19jährigen ausgehend, vom 20. Lebensjahr an die Infektionsquote sich fast verdoppelt hat und ansteigt bis zum Alter von 29 Jahren. Bis zum Alter von 34 Jahren ist ein leichtes Nachlassen der Infektionshäufigkeit bemerkbar. Jedoch nehmen die Erkrankungen vom 35. Lebensjahr an wieder zu, sinken bei den 40jährigen ab und bleiben nahezu konstant bis zum Alter von 49 Jahren. Erst ab 50 Jahren und älter ist die Erkrankungshöhe an Go und L der im Alter von -19 Jahren fast gleich.

bei geburtshilflichem und gynäkologischem Material insgesamt

Im Beurteilungszeitraum der -19jährigen bis zu den 50-jährigen und Älteren weist die Altersgruppe der 30-34jährigen mit 5,67 v.H. die meisten Infektionen auf. Zwar liegt die Anzahl der Fälle nur im oberen Drittel der Werte der Vergleichsjahre, dafür stellt das Gesamtkrankengut auch nur einen Mittelwert dar.

Am wenigsten mit Go und L infiziert sind die -19jährigen. Obwohl das Gesamtkrankengut keinesfalls den kleinsten Wert im Gesamtbewertungszeitraum bildet, sondern noch zum unteren Drittel gehört, ist sowohl die Infektionshöhe mit 2,31 v.H. als auch die Anzahl der Erkrankungsfälle mit 112 in diesem Untersuchungszeitraum am geringsten. Die Spannweite beträgt 3,36 v.H.

Geht man in der Beurteilung von den -19jährigen aus, kann folgendes gesagt werden, im Alter von 20-24 Jahren nimmt die Infektionshäufigkeit um 58,0 v.H. zu, während das Gesamtkrankengut sich um über 163 v.H. auf 12 751 Fälle vermehrt. Das sind übrigens die meisten Fälle, die in den gesamten Lebensjahren zur Beurteilung stehen.

Obwohl man bei einer Zunahme um ungefähr 60 v.H. von einer recht erheblichen Steigerung sprechen kann, ist das Wachstum nicht ganz so stark, wenn man bedenkt, dass sich das Gesamtkrankengut gegenüber den Vorjahren verdreifacht hat. Die Infektionshäufigkeit ist, insofern gesehen, nur langsam gestiegen.

Sie nimmt weiterhin zu bei den 25-29jährigen. Obwohl das Gesamtkrankengut mit 10,9 v.H. gegenüber der Voraltersgruppe sinkt, steigen die Infektionen um 22,5 v.H. auf 4,55 v.H. an.

Gegenüber der Infektionszahl bei den -19jährigen haben sie sich fast verdoppelt, während das Gesamtkrankengut in diesem Alter um fast das Dreifache von 4 839 auf 11 493 angewachsen ist. Die Infektionsquote steigt auch bei den 30-34jährigen weiter an, während das Gesamtkrankengut beständig sinkt. Wie hoch dieses Anwachsen ist, sieht man besonders, wenn man die Zunahme der Infektionen um 24,6 v.H. der Abnahme des Gesamtkrankengutes um 44,1 v.H. gegenüberstellt.

Auf die Infektionszunahme bei den -19jährigen bezogen ergibt sich eine Steigerung um 145,4 v.H., während sich das Gesamtkrankengut nicht einmal verdoppelt. Das zeigt deutlich ein Schnelles Anwachsen der Infektionen bis zum Alter von 34 Jahren. Ein leichter Rückgang tritt vom 34. Lebensjahr an ein. Bei 3,08 v.H. könnte man fast geneigt sein, von einem Konstantbleiben der Infektionen zu sprechen, zumal das Gesamtkrankengut mit 35,0 v.H. um gut ein Drittel gesunken ist, so dass sich ein anteilmässig noch geringerer Wert ergibt. Gegenüber den -19jährigen ist eine erhebliche Zunahme der Go- und L-Erkrankungen zu verzeichnen. Die Infektionsdichte hat sich fast verdreifacht, während das Gesamtkrankengut mit 18,8 v.H. nur geringfügig angewachsen ist. Eine Abnahme der Infektionsquote sowie des Gesamtkrankengutes um 25,2 v.H. bzw. 37,5 v.H. ist im Alter von 40-44 Jahren zu beobachten. Gegenüber den -19jährigen ist sie aber immer noch fast doppelt so hoch, obwohl das Gesamtkrankengut 33,6 v.H. weniger beträgt.

In der Altersgruppe der 45-49jährigen steigen die Go- und L-Erkrankungen leicht an. Bei einem Steigerungswert von 1,93 v.H. sieht es so aus, als bliebe die Infektionshöhe gegenüber der Voraltersstufe konstant. Das erscheint noch klarer, wenn man einen prozentualen Vergleich macht : Zwischen 4,40 v.H. und 4,31 v.H. ist kaum ein Unterschied. Betrachtet man aber gleichzeitig den Rückgang des Gesamtkrankengutes um 18,1 v.H., so ist doch zu sagen, dass die Infektionen in diesem Alter häufiger auftreten als in der Voraltersgruppe. Im Vergleich zu den -19jährigen sind die Erkrankungen an Go und L noch doppelt so hoch, während das Gesamtkrankengut sich um gut ein Viertel verringert hat. Ab 50 Jahre und älter folgt ein rapider Abfall der Infektionshäufigkeit um 65,8 v.H., obwohl das Gesamtkrankengut sich mit 83,4 v.H. nahezu verdoppelt hat. Das bedeutet ein nur verein-

zettes Auftreten der Go- und L-Infektionen.

Zu der Infektionsdichte bei den -19jährigen ergibt sich nur eine Differenz von 0,3 v.H., was einer Zunahme der Häufigkeitsverteilung um 1,44 v.H. entspricht. Das Gesamtkrankengut liegt aber bei den 50jährigen und Älteren um 33,5 v.H. höher als bei den -19jährigen.

Abschliessend betrachtet ergibt sich die folgende Entwicklung. Ausgehend von den -19jährigen wächst die Infektionsdichte bis ins Alter von 34 Jahren, obwohl das Gesamtkrankengut, nachdem es sich in der Altersgruppe der 20-24jährigen fast verdreifacht hat, beständig sinkt.

Bis zum 39.Lebensjahr bleibt die Infektionsquote nahezu konstant. Ab 40 Jahre sinkt sie um ungefähr ein Viertel ab, bleibt dann 10 Jahre auf fast gleicher Höhe und fällt vom 50.Lebensjahr an und älter steil ab. In dieser Altersstufe liegt sie auf nahezu derselben Ebene wie bei den -19jährigen.

Vergleich der geburtshilflichen und gynäkologischen Fälle

Bei einem Vergleich der beiden Gebiete fällt auf, dass die Häufigkeitsverteilung der Go- und L-Infektionen in den einzelnen Altersgruppen teilweise vollkommen verschieden ist.

Stellen die 30-34jährigen Gebärenden mit 3,66 v.H. die höchste Infektionsquote dar, so ist auf dem gynäkologischen Sektor in dieser Altersstufe der entsprechende Wert mit 5,04 v.H. zwar recht hoch, auf alle Jahresgruppen der gynäkologischen Fälle bezogen gehört er aber noch fast zum Durchschnitt ; dieser liegt bei 4,79 v.H. Bei den gyn. Fällen sind die 25-29jährigen am häufigsten mit Go und L infiziert. Das wiederum kann bei den geburtshilflichen Fällen nicht festgestellt werden. Mit 2,7 v.H. ist auch das nur ein Mittelwert bezüglich der Höhe aller Infektionen auf diesem Gebiet.

Es erscheint so, als seien im Hinblick auf die niedrigste Erkrankungsquote die Altersgruppen nahezu gleich. Bei den geburtshilflichen Fällen liegt die niedrigste Quote im Alter von 45-49 Jahren, bei den gynäkologischen Fällen von 50 Jahren an. Doch bilden bei den geburtshilflichen Fällen die 45-49jährigen die unterste Grenze mit 0 v.H., während in der Gynäkologie noch ein verhältnismässig hoher Wert von 4,5 v.H. zu verzeichnen ist.

Auch stellt auf diesem Gebiet das Minimum der Erkrankungsquote bei den 50jährigen und Älteren mit 2,69 v.H. gegenüber 0 v.H. doch noch eine erhebliche Dichte dar. Fast gleichmässig sind die -19jährigen in beiden Fällen am zweitwenigsten infiziert. In etwa vergleichbar ist auch, von den -19jährigen ausgehend, der Anstieg der Go- und L-Erkrankungen bis zu den 30jährigen. Die Anzahl der Go- und L-Infektionen bleibt - abgesehen von leichten Schwankungen - dann gut 10 Jahre auf fast gleicher Höhe und sinkt in der Gynäkologie erst vom 50. Lebensjahr an ab, während der Abfall bei den geburtshilflichen Fällen bereits im 45. Lebensjahr erfolgt.

Auf beiden Gebieten kann man beobachten, dass trotz teilweisem Rückgang des Gesamtkrankengutes die Infektionshäufigkeit steigt.

Insgesamt betrachtet zeigt sich auch noch folgender Unterschied : In der Gynäkologie sind gegenüber den geburtshilflichen Fällen die Infektionsquoten der einzelnen Altersstufen nahezu doppelt so hoch, obwohl das Gesamtkrankengut teilweise sogar unter dem der Vergleichsjahre der geburtshilflichen Krankengeschichten liegt oder etwa gleich ist. Bis zu 49 Jahren ist es ungefähr gleich gross, bei den 20-29jährigen kleiner.

Vergleich der Krankheiten

	Go	L	Go + L	v.H.	Gesamtkranken- gut
% Gesamtkran- kengut	1,4	1,28	0,08	2,77	
% Infektionen	50,5	46,6	1,9		
geb. Fälle	322	294	19	635	22 889
% Gesamtkran- kengut	2,9	2,06	0,12	5,1	
% Infektionen	57,2	40,4	2,5		
gyn. Fälle	990	700	42	1 732	33 910
% Gesamtkran- kengut	2,3	1,7	0,1	4,16	
% Infektionen	55,4	42,0	2,6		
Gesamt-Fälle	1 312	994	61	2 367	56 799

bei geburtshilflichem Material

Die Gesamtzahl der geburtshilflichen Krankengeschichten be-
trägt 22 889 Fälle. Davon sind 635 mit Go und L infiziert.
Der Go-Anteil von 322 Fälle ist mit 50,5 v.H. nahezu dem der
L gleich. Zwar scheint bei einem L-Anteil von 46,6 v.H. bzw.
294 Fällen ein leichter Unterschied gegenüber der Go zu be-
stehen, zählt man aber die Doppelinfektionen mit 2,9 v.H. zu
den L-Erkrankungen, so kann bei 315 gegenüber 322 Fällen und
49,5 v.H. zu 50,5 v.H. von einem wesentlichen Unterschied nicht
gesprochen werden.

Noch deutlicher wird das, wenn man die Höhe der Infektionen
auf das Gesamtkrankengut bezieht. Insgesamt ergibt sich eine

Infektionsquote von 2,77 v.H. Dabei entfallen auf die Go 1,4 v.H. und auf die L 1,28 v.H. Zusammen mit den Doppelinfektionen beträgt der L-Anteil 1,36 v.H., das ist eine Differenz zur Go von 0,04 v.H. Bei einem so geringen Unterschied muss man doch sagen, dass die Infektionshöhe von Go und L bei den geburtshilflichen Fällen gleich ist.

bei gynäkologischem Material

Bei den gynäkologischen Krankengeschichten stehen 33 910 Fälle zur Beurteilung. Infiziert sind 1 732 Patientinnen. Das entspricht 5,1 v.H. Der Go-Anteil liegt mit 2,9 v.H. um fast 1 v.H. über dem der L. Diese betragen 2,06 v.H. Zusammen mit den Doppelinfektionen von 0,12 v.H. ist die Infektionsquote mit 2,18 v.H. um 0,72 v.H. geringer als die der Go.

Das scheint beinahe keine Differenz zu sein, so dass man auch in diesem Fall von nahezu gleicher Infektionshäufigkeit sprechen kann. Nimmt aber man eine Aufteilung bezüglich der Gesamterkrankungen vor, so zeigt sich mit 990 Fällen einerseits gegenüber 700 Fällen andererseits doch ein grösserer Unterschied.

Das Überwiegen der Go wird noch deutlicher, wenn man die Anteile der Infektionen in Prozentsen ausdrückt. Auf die Go entfallen 57,2 v.H., während die L nur 40,4 v.H. aufweist. auch wenn man die 42 Fälle einer Doppelinfektion der L zu-rechnet, so ergibt sich nur eine Infektionsquote von 42,8 v.H. Somit liegt der Go-Anteil um 14,4 v.H. über dem der L.

bei gynäkologischem und geburtshilflichem Material insgesamt

Insgesamt betrachtet tritt die Go häufiger auf als die L. Von 56 799 zur Beurteilung stehenden Fällen weisen 2 367 Infektionen auf. Davon sind 1 312 Fälle an Go erkrankt, während nur 994 L-Infektionen festgestellt wurden. 61 Doppelinfektionen sind ausserdem noch zu verzeichnen. Das entspricht einer Gesamthäufigkeitsverteilung von 4,16 v.H.

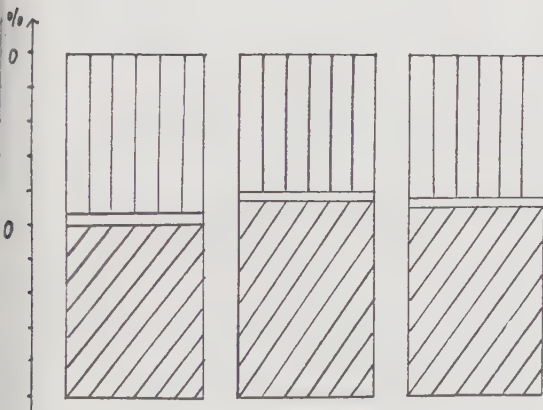
Auf die Go entfallen 2,3 v.H., auf die L 1,7 v.H. Mit den Doppelinfektionen von 0,1 v.H. ist der L-Anteil 1,8 v.H.

Die Spannweite liegt somit bei 0,5 v.H. Das bedeutet, dass die Go einhalbmals häufiger auftritt als die L. Anteilsmässig auf die Gesamterkrankungen bezogen ergibt sich eine Differenz von 55,4 v.H. bei der Go gegenüber 42,6 v.H. bei der L, bzw. bei den Doppelinfektionen zusammen beträgt diese 44,6 v.H. Danach ist die Go-Häufigkeit ungefähr 10 v.H. höher als die der L.

Diagnose

Geburtshilfe Gynäkologie Gesamt

von unten nach oben:
Go, Go+L, L



Vergleich der geburtshilflichen und gynäkologischen Fälle

Vergleicht man das geburtshilfliche Material mit dem gynäkologischen, so ist zu sagen, dass in der Gynäkologie das Auftreten der Erkrankungen häufiger ist als in der Geburtshilfe. Bei den gynäkologischen Fällen liegt die Anzahl der Go-Infektionen doppelt so hoch, während die L nur ungefähr eindreiviertelmal so oft festgestellt wurde wie bei der Geburtshilfe. Abschliessend betrachtet ist zu sagen, dass die Gesamtinfektionsquote der gynäkologischen Fälle nahezu das Zweifache derjenigen bei den geburtshilflichen Fällen beträgt.

Kombination von Lebensalter und Kalenderjahr

Altersverteilung der Gesamtfälle für vier Jahresgruppen

Die Einteilung des Koordinatensystems erfolgt auf der y-Achse nach der Anzahl der Infektionsfälle, auf der x-Achse nach dem Alter der Erkrankten. Die durch vier Farben zu unterscheidenden Kurven stellen die einzelnen Kalenderjahresgruppen dar. Die Darstellung bei der Geburtshilfe ist in drei unterschiedlichen Schaubildern aufgezeichnet. Die Einteilung auf der y-Achse ist in a), b) und c) gleich. Unterschiede ergeben sich bei

- a) x-Achsenach Lebensjahren eingeteilt, wobei 1 Lebensjahr = 1 mm ist. Da Werte immer nur für 5 Jahre vorhanden, ergeben sich Querbalken.
- b) Dieselbe x-Achseinteilung wie bei a), jedoch sind für die Markierungspunkte immer Mittelwerte - 2,5 Lebensjahre ein Punkt - gewählt, so dass die Abrundungen entstehen.
- c) Auf der x-Achse stellt 1 cm = 1 Altersgruppe dar. Dabei entsteht die abgerundete Kurvenführung.

Meines Erachtens ist die wertmässig genaueste Kurve a), da eben nur Werte für 5 Lebensjahre vorhanden sind.

Bei den weiteren Schaubildern - Gynäkologie und Gesamtfälle - wurde jedesmal nur Bild a) ausgeführt.

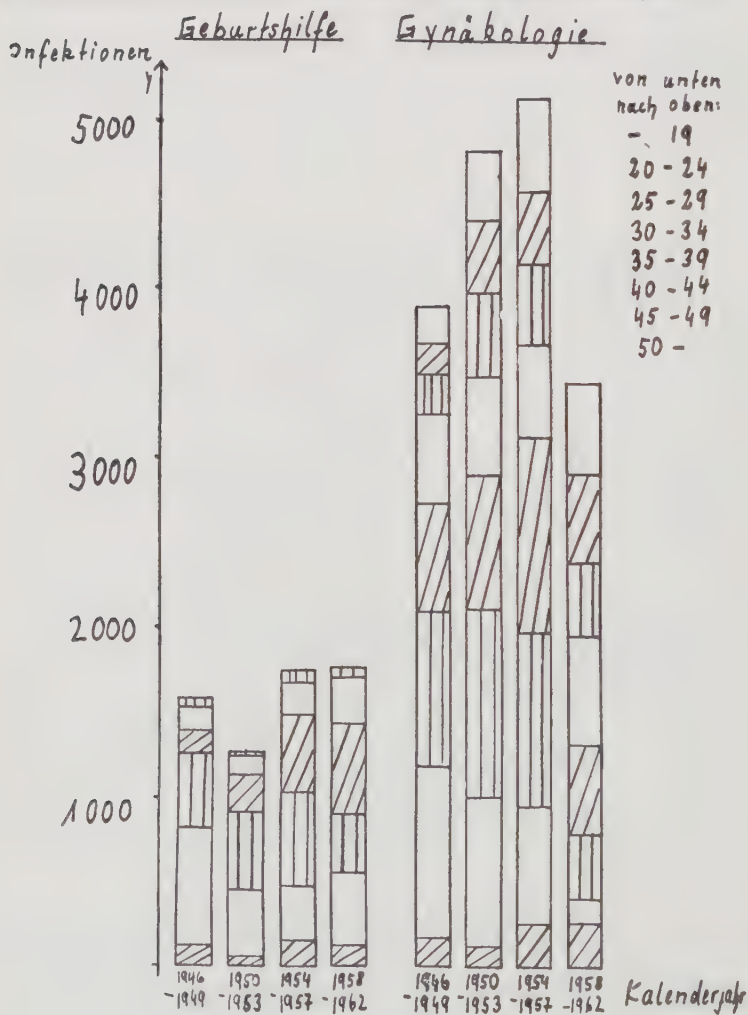
Altersverteilung der prozentualen Infektionshöhe für vier Jahresgruppen

Die Einteilung des Koordinatensystems ist auf der y-Achse nach Prozenten, auf der x-Achse nach Lebensjahren vorgenommen worden. Die vier verschiedenfarbigen Kurven bedeuten je eine der vier Ka-

lenderjahresgruppen : 1946-1949, 1950-1953, 1954-1957,
1958-1962.

Ansonsten ist die Darstellung der Schaubilder derjenigen von
IV 1a) gleich.

Kombination von Lebensalter und Kalenderjahr

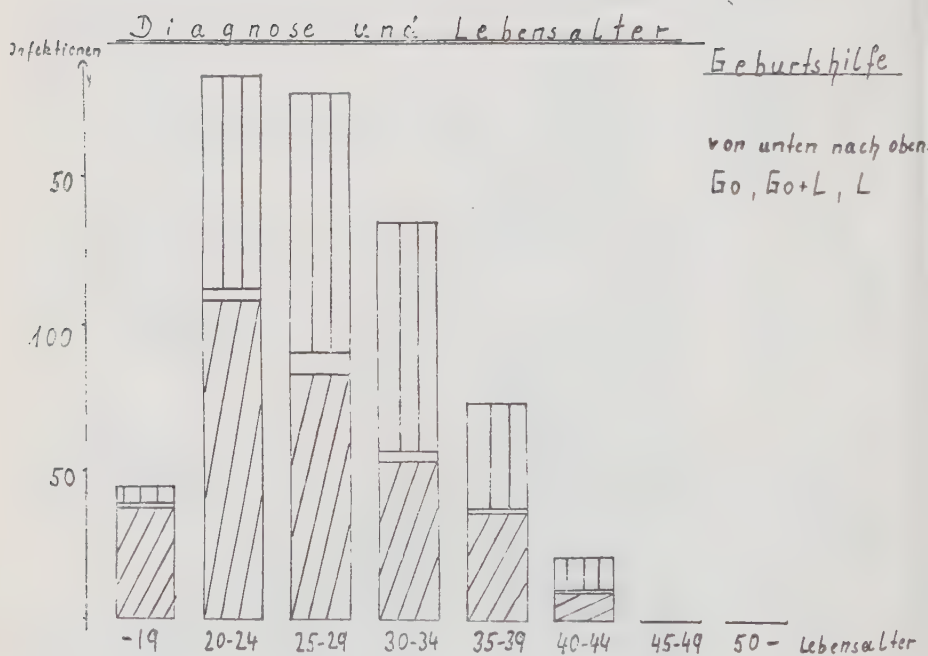


Kombination von Lebensalter und Kalenderjahr

Bewertung der Kurven

a) bei geburtshilflichem Material

L-A	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-	
1946 - 1949	3,98	4,65	3,29	1,95	1,77	2,86	-	-	%
	527	1463	1312	717	675	244	32	-	Gesamt- krankengut
	13	69	43	14	12	7	-	-	Infizier- te
1950 - 1953	1,04	2,31	2,94	2,36	2,89	0,47	-	-	%
	478	1716	1569	888	451	212	7	-	Gesamt- krankengut
	5	40	46	21	13	1	-	-	Infizier- te
1954 - 1957	2,84	2,17	4,25	5,58	5,52	5,65	-	-	%
	529	1477	1293	825	344	124	15	-	Gesamt- krankengut
	15	32	55	46	19	7	-	-	Infizier- te
1958 - 1962	1,08	1,47	1,52	4,30	5,23	4,41	-	-	%
	1101	2922	2242	1232	535	136	13	-	Gesamt- krankengut
	12	43	34	53	28	6	-	-	Infizier- te



Beurteilt man das Auftreten der Infektionen bei den geburtshilflichen Fällen nach Alter und Kalenderjahr, so kann nicht festgestellt werden, dass eine Altersgruppe in allen Kalenderjahren mit besonders starker Infektionsdichte auffällt. Allerdings kann gesagt werden, dass im Alter von 25-44 Jahren im Bewertungszeitraum 1954 - 1957 die Infektionshöhe am grössten ist. Sie beträgt in dieser Zeitspanne 5 v.H. Ebenfalls zeigen sich Übereinstimmungen bei den bis zu 19-jährigen in den Jahren 1946 - 1949. In dieser Zeit beträgt die durchschnittliche Infektionshöhe maximal 4,3 v.H. Die stärkste Infektionshöhe beträgt 4,9 v.H., das Minimum der Erkrankungen liegt bei 1,4 v.H. Somit ist die Spannweite 3,5 v.H.

Das Gesamtkrankengut hat im Gesamtbeurteilungsraum von 1946 - 1962 bei den -19jährigen sowie den 30-34jährigen stetig zugenommen, was jedoch nicht gleichzeitig zu einem adaequaten Anwachsen der Infektionsdichte führte. Gleichwohl ist bei den 30-34jährigen eine permanente Steigerung der Go- und L- Erkrankungen von 1946 - 1957 zu verzeichnen. Im darauffolgenden Zeitabschnitt gehen die Infektionen zurück. Anders ist es bei den -19jährigen. Hier liegt das Maximum in den Jahren 1946 - 1949. Doch sinken die Erkrankungen nicht stetig ab, sondern schwanken in den einzelnen Kalenderjahresgruppen. Nach einem erheblichen Rückgang um ca. 200 v.H. bis 1953, erfolgt ein erneutes Ansteigen um 100 v.H. ab 1954 und wiederum gehen 1958 die Infektionen um über das Doppelte zurück.

Im Alter von 20-29 Jahren nimmt das Gesamtkrankengut - von 1946 ausgehend - bis 1953 zu, verringert sich im folgenden Bewertungszeitraum um ungefähr 3 000 Fälle und steigt dann 1958 um ca. das Doppelte an. Dabei gehen die Werte der Go- und L- Infektionen den beinahe umgekehrten Weg. In der Kalenderjahresgruppe 1958 - 1962, wo das Gesamtkrankengut am höchsten ist, sind die wenigsten Erkrankungen aufgetreten. Dagegen liegen die entsprechenden Werte bei dem geringen Gesamtkrankengut mit ungefähr 4 v.H. recht hoch. Bei den 20-24jährigen erreichen sie 1946 - 1949 sogar das Maximum. Ebenso ist im Alter von 25-29 Jahren der höchste Infektionsfaktor bei geringstem Gesamtkrankengut in den Jahren 1954 - 1957 zu verzeichnen. 1950 - 1953 steigt das Gesamtkrankengut, die Infektionsquote sinkt um mehr als das Doppelte. Das bedeutet, dass - bei einem Absinken der Erkrankungshäufigkeit und einem Steigen der geburtshilflichen Fälle - ein starker Rückgang der Infektionshäufigkeit angenommen werden kann. Andererseits muss auf einen erheblichen Anstieg derselben geschlossen werden, wenn, wie 1954 - 1957 bei den 25-29jährigen, zwar nicht das Gesamtkrankengut, aber die Infektionsdichte zunimmt.

Ähnliches kann auch bei den 35-39jährigen beobachtet werden. 1946 als Bezugsjahr genommen, fällt das Gesamtkrankengut fast stetig bis 1962 ab. Zwar ist eine leichte Zunahme im 35. bis 44. Lebensalter in den Jahren 1958 - 1962 und bei den 45- 49-

jährigen im Zeitraum 1954 - 1957 zu erkennen, ansonsten aber geht das Gesamtkrankengut in allen Lebensjahren und Kalenderjahresgruppen zurück. Auch hier sieht der Verlauf der Infektionswerte umgekehrt aus. Sind 1946 - 1949 mit 1,7 v.H. die wenigsten Erkrankungen bei den 35 - 39jährigen bzw. eine geringe Infektionsquote in der Altersgruppe von 40 - 44 Jahren zu verzeichnen, so steigt die Infektionsdichte trotz Rückgang der gesamtgeburtshilflichen Fälle an und erreicht ihren Höchststand mit über 5,5 v.H. gerade zu dem Zeitpunkt, an dem das Gesamtkrankengut am niedrigsten ist. Das ist im Bewertungszeitraum 1954 - 1957 der Fall. Im folgenden Zeitraum nimmt das Gesamtkrankengut leicht zu, gleichwohl gehen die Erkrankungen - wenn auch nur leicht - zurück.

Infektionswerte bei den 45-49jährigen waren nicht zu beurteilen, da in dieser Altersgruppe trotz Gesamtkrankengut keine Erkrankungen an Go und L bekannt geworden sind.

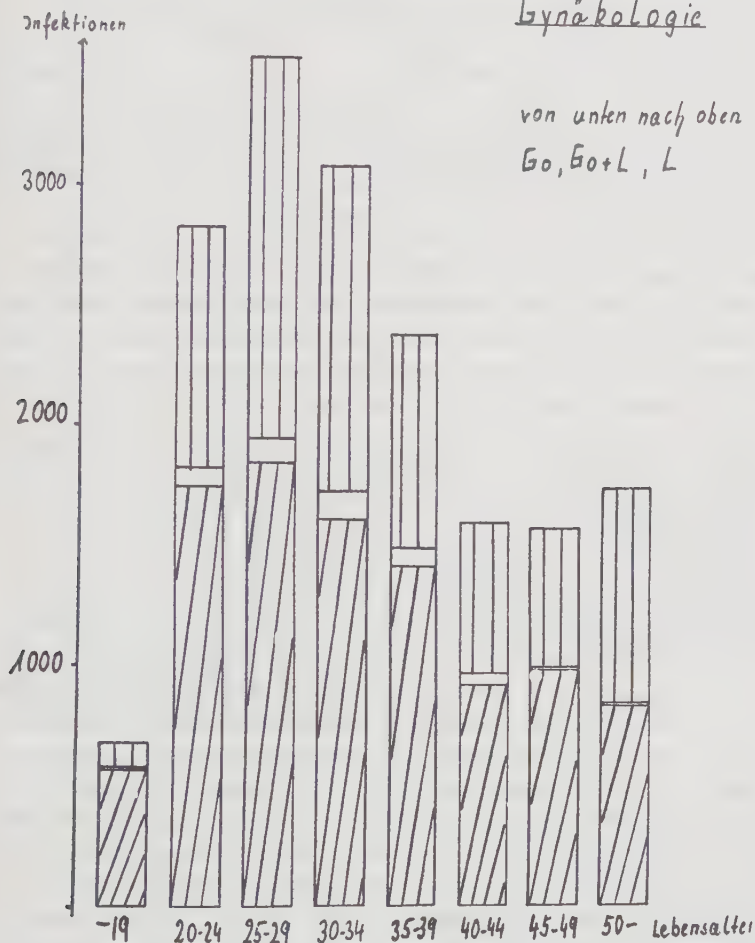
Bei gynäkologischem Material

L-A	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-	
1946 - 1949	4,97	9,82	7,51	7,79	4,66	2,4	2,5	2,4	%
	322	1023	1224	822	1138	939	699	1054	Ges.- Kran- kengut
	16	101	92	64	53	24	18	22	Infi- zier- te
1950 - 1953	1,88	7,11	8,7	6,7	6,3	5,27	5,11	3,01	%
	530	1251	1238	1163	935	1050	840	1391	Ges.- Kran- kengut
	10	89	112	78	50	50	43	42	Infi- zier- te
1954 - 1957	3,48	4,92	3,16	10,6	7,84	5,33	5,55	3,26	%
	689	1427	1263	1085	179	737	794	1685	Ges.- Kran- kengut
	24	70	103	115	54	32	44	55	Infi- zier- te
1958 - 1962	1,97	1,58	2,91	4,81	7,32	5,5	4,63	1,36	%
	863	1456	1302	1030	187	762	1123	2333	Ges.- Kran- kengut
	17	23	30	50	65	40	50	55	Infi- zier- te

Bei Beurteilung der gynäkologischen Fälle kann keine einheitliche maximale Infektionshöhe der Lebensaltersgruppen in einem bestimmten Kalenderjahr festgestellt werden. Von den 19-jährigen ausgehend bis zum 24. Lebensjahr sind die meisten Infektionen 1946 - 1949 aufgetreten. Gegenüber den 19-jährigen hat sich die Infektionsquote nahezu verdoppelt. Sie ist von 4,7 v. H. auf 9,8 v. H. gestiegen.

Diagnose und Lebensalter

Gynäkologie



Wiederholt kann die stärkste Infektionsdichte in den Jahren 1954-1957 beobachtet werden. Im Alter von 30 - 39 Jahren, von 45 bis 50 Jahren an und älter liegt das Maximum in diesem Zeitraum. Auch hier zeigt die Infektionshöhe eine verschiedene Stärke in den einzelnen Lebensaltersstufen. Mit 10,6 v.H. sind

die 30-34jährigen am häufigsten erkrankt, die 50jährigen und Älteren am geringsten mit 3,26 v.H. Dazwischen liegen die 35-39jährigen mit 7,8 v.H. und die 45-49jährigen mit 5,5 v.H. Insgesamt gesehen könnte man von einem starken Gefälle von 30-50 Jahren an und Älter sprechen.

Jeweils für nur eine Altersstufe liegt der maximale Infektionsfaktor in den Jahren 1950 - 1953 sowie 1958-1962. Dies ist bei den 25-29jährigen und den 40-44jährigen der Fall. Erstere sind mit 8,7 v.H., letztere mit 5,5 v.H. an Go und L erkrankt.

Im Vergleich des Bewertungszeitraumes der -19jährigen mit dem der 50jährigen und Älteren steigt die maximale Infektionsquote erheblich an, sinkt von 25 Jahren an geringfügig um ca. 20 v.H. ab. Mit 30 Jahren ist wiederum eine Zunahme von etwa 25 v.H. zu verzeichnen. Danach erfolgt eine stetige Abnahme.

Anders dagegen verhält es sich, wenn man die einzelnen Lebensalter auf die geringste Infektionsdichte hin untersucht. Im Alter von 20-34 Jahren sowie von 50 Jahren an und Älter liegt diese immer im Untersuchungszeitraum 1958 - 1962.

Sie verdoppelt sich, von den 20jährigen ausgehend, in jeder Lebensalterstufe. Gegenüber den 30-34jährigen sinkt die Infektionshäufigkeit von 50 Jahren an um gut das Doppelte ab. Im weiteren sind die 35-49jährigen in den Jahren 1946-1949 am wenigsten an Go und L erkrankt. Nimmt man die Altersstufe von 35-39 Jahren als Bezugslebensalter, so sinkt die minimale Erkrankungsquote im 40. Lebensjahr von 4,6 v.H. auf 2,4 v.H. ab und bleibt in den folgenden Lebensjahren nahezu konstant. Im Alter bis zu 19 Jahren liegt die Infektionsquote mit 1,8 v.H. in den Jahren 1950-1953 von den genannten minimalen Werten am niedrigsten. Auch hier kann, von den -19jährigen ausgehend, von einem stetigen Absinken bis ins Alter von 34 Jahren gesprochen werden, wenn man den minimalen Rückgang von 0,3 v.H. bei den 20-24jährigen gegenüber der Voraltersgruppe nicht berücksichtigt. Ab 35 sinkt die Infektionsdichte geringfügig von 40 Jahren an um das Doppelte ab und bleibt dann nahezu konstant. Die durchschnittliche Maximalinfektionsquote beträgt 7 v.H. Der Mittelwert der geringsten Infektionshöhen liegt bei 3 v.H. Somit ergibt sich eine Spannweite von 4 v.H.

Ähnlichkeiten in der Entwicklung von Gesamtkrankengut und Infektionsdichte lassen sich im Alter bis zu 19 Jahren und vom 50. Lebensjahr an aufzeigen.

In den genannten Lebensjahren steigt das Gesamtkrankengut von 1946 - 1962 mit einer kleinen Ausnahme - nämlich bei den 25 - 29jährigen - stetig an. Bei den letzteren ist zwischen 1950 und 1953 sowie 1954 und 1957 ein ganz geringer Rückgang um 25 gynäkologische Fälle eingetreten. Das kann aber bei der Gesamtbetrachtung als Konstantbleiben bezeichnet werden, da diese Schwankung so geringfügig ist.

Betrachtet man die Erkrankten bezüglich des Gesamtkrankengutes, so fällt auf, dass die Infektionsquote am niedrigsten liegt, wenn das Gesamtkrankengut am höchsten ist, und umgekehrt - obwohl das bei den 25-29jährigen und von 50 Jahren an insoweit einzuschränken ist, als es sich in diesen Jahrgängen zwar nicht um das Maximum, aber um annähernd hohe Werte handelt.

Eine einheitliche Entwicklung bei den -19jährigen bis 29-jährigen sowie von 50 Jahren an bezüglich der Tendenz des Infektionsfaktors kann von 1946 - 1962 nicht ausnahmslos festgestellt werden. Sinkt die Infektionsquote von den -19jährigen von der ersten (1946 - 1949 als Basisgruppe) zur zweiten Lebensaltersstufe um ungefähr 150 v.H. ab, so ist das bei den 20-24jährigen weitaus geringer. In der folgenden Lebensaltersstufe steigen die Erkrankungen sogar noch an.

Bei den 50jährigen und Älteren ist eine leichte Abnahme der Infektionsdichte zu verzeichnen. Während sich bei den 20-29jährigen die Erkrankungen an Go und L in den Jahren 1954 - 1957 vermindern (um ca. 50 v.H. in der Altersstufe der 20-24jährigen ; minimal von 8,7 v.H. auf 8,1 v.H. bei den 25-29jährigen), so nehmen die Infektionen sowohl bei den -19jährigen als auch von 50 Jahren an zu. Zwar ist dieses Ansteigen im letztgenannten Alter nur sehr gering, stellt aber in dieser Lebensaltersgruppe das Maximum dar. Bei den -19jährigen ist die Steigerung nahezu 100 v.H. Der Rückgang ansich zeigt sich in allen den genannten Altersgruppen seit 1958, nur die prozentuale Abnahme ist recht verschieden. Bei den -19jährigen vermindert sich das Gesamtkrankengut fast um das Doppelte, über das Doppelte hinaus bei den 20-24jährigen ; im Alter von 25 - 29 Jahren beträgt das Gesamt-

krankengut nur nahezu ein Drittel, dagegen vermindert es sich um nur ungefähr 30 v.H. in der Altersgruppe der 50jährigen und Älteren. Nahezu gleiche Schwankungen des Gesamtkrankengutes können im Alter von 30-49 Jahren aufgezeigt werden. Von 1946 - 1949 bis zur nachfolgenden Kalenderjahresgruppe steigen die gynäkologischen Gesamtfälle sowohl bei den 30-34jährigen als auch bei den 40-49jährigen an. Im Alter von 35-39 Jahren gehen diese geringfügig zurück. Dabei steigen die Go- und L-Erkrankungen ebenfalls an mit Ausnahme eines leichten Rückganges um ca. 15 v.H. bei den 30-34jährigen.

Während im folgenden Kalenderzeitraum das Gesamtkrankengut zurückgeht, steigt der Infektionsfaktor - z.T. sogar recht erheblich - weiterhin an, was besonders im Alter von 30-34 Jahren der Fall ist. Bei einer Steigerung von 6,4 v.H. auf 10,6 v.H. beträgt die Zuwachsrate 67 v.H.; geringer ist sie allerdings in den anderen Lebensjahren. Ist sie bei den 35-39jährigen noch 15 v.H., so bleibt sie vom 40.-49.Lebensjahr an nahezu konstant, was bei der geringen Veränderung um 1 v.H. gut zum Ausdruck kommt.

Im Alter von 30-39 Jahren sowie bei den 45-49jährigen nimmt das Gesamtkrankengut seit 1958 zu, während die Erkrankungshäufigkeit nachlässt. Ein ganz minimaler Rückgang ist in der Altersgruppe von 30-34 Jahren sowie von 40-44 Jahren zu sehen. Da es sich um nur 5 Fälle handelt, darf man wohl sagen, dass es konstant geblieben ist. Trotzdem nehmen die Go- und L-Infektionen um über 50.v.H. ab, dagegen ist eine ganz leichte Zunahme der Infektionshäufigkeit bei der Gruppe der 40-44jährigen zu verzeichnen.

Bei geburtshilflichem und gynäkologischem Material

 insgesamt

L-A.	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-	
1946 - 1949	8,95	14,47	10,8	9,74	6,43	5,26	1,5	2,4	%
	649	1512	2536	2539	1813	1133	731	1054	Ges.- Kran- kengut
	29	170	135	78	65	31	18	22	Infi- zier- te
1950 - 1953	2,93	9,42	11,64	9,06	9,19	5,64	5,11	3,01	%
	1008	2967	2857	2051	1386	1162	847	1391	Ges.- Kran- kengut
	15	129	158	99	72	51	43	42	Infi- zier- te
1954 - 1957	6,32	7,09	12,41	16,18	13,36	10,98	5,55	3,26	%
	1218	2904	2556	1910	1123	911	809	1685	Ges.- Kran- kengut
	49	102	158	161	90	49	44	55	Infi- zier- te
1958 - 1962	3,05	3,05	4,43	9,11	12,55	9,91	4,63	2,36	%
	1964	4378	2544	2312	1412	918	1136	2333	Ges.- Kran- kengut
	29	66	72	105	93	49	52	55	Infi- zier- te

Betrachtet man die geburtshilflichen und gynäkologischen Fälle insgesamt, so fällt auf, daß die maximale Infektionsdichte fast ausnahmslos in den Jahren 1954 - 1957 liegt. Einzig von den 19-jährigen bis zu den 24-jährigen tritt das Maximum im Zeitraum 1946 - 1949 auf. Ein einheitlicher Wert ist dagegen nicht feststellbar. Zwar beträgt die durchschnittlich stärkste Infektionsdichte 10,77 v. H.,

doch schwanken die Werte sehr stark von 3,26 v.H. bei den 50-jährigen und Älteren an bis 16,18 v.H. bei der Gruppe der 30-34jährigen.

Auch eine konstante Entwicklung der maximalen Infektionsquote kann kaum aufgezeigt werden. Von den -19jährigen ausgehend steigt sie in der folgenden Lebensaltersgruppe an, sinkt in der nächsten ab, steigt wieder an, hat aber vom 35.Lebensjahr an eine rückläufige Tendenz. Weniger einheitlich ist die Verteilung der geringsten Infektionsdichte. Liegt diese bei den -19jährigen im Bewertungszeitraum 1950-1953, so tritt sie in diesen Jahren nur noch einmal, nämlich bei den 30-34jährigen auf.

Über 10 Jahre, bei den 20-29jährigen, liegt das Minimum der Erkrankungen an Go und L in den Jahren 1958-1962. Noch einmal kann es in diesem Zeitraum vom 50.Lebensjahr an festgestellt werden.

Am häufigsten sind die geringsten Infektionen in den Jahren 1946 - 1949. Das ist der Fall vom 30.Lebensjahr an bis zum Alter von 49 Jahren.

Bei den maximalen Werten der Infektionsquote sind die Schwankungen geringer als beim Maximum der Erkrankten. Auch hier ist von 50 Jahren an der untere Wert erreicht. Er beträgt 2,36 v.H. Die grösste Infektionsdichte kann ebenfalls mit 9,06 v.H. im Alter von 30-34 Jahren beobachtet werden. Der Durchschnitt des Minimums liegt bei 4,5 v.H. Somit beträgt die Spannweite 6,27v.H.

Von den -19jährigen an bis zum Alter von 24 Jahren sowie von 45-50 Jahren an und älter nimmt das Gesamtkrankengut (1946-1949 als Basisjahrgruppe genommen) bis 1958 nahezu beständig zu. Zwar ist in den Jahren 1954 - 1957 sowohl bei den 20-24jährigen als auch bei den 45-49jährigen ein leichter Rückgang der Infektionszahlen eingetreten. Da dieser mit 63 bzw. 38 Fällen auf das Gesamtkrankengut bezogen sehr gering ist, kann er ausser Betracht bleiben und die Tendenz als konstant bezeichnet werden. Anders als beim Gesamtkrankengut ist die Tendenz bei den Infektionen. Nahmen diese im Alter von 45 - 50 Jahren und älter von 1946 bis 1957 ebenfalls zu, so sinken sie gerade dann ab, wenn das Gesamtkrankengut seinen Höchststand erreicht hat. Vom 50.

Lebensjahr an sind die Erkrankungen sogar am geringsten im gesamten Beurteilungszeitraum 1946 - 1962 vertreten.

Entgegen der Entwicklung des Gesamtkrankengutes verläuft die Tendenz bei den Go- und L-Infektionen in der Bewertungsgruppe der 20-24jährigen.

Eine leicht abweichende Entwicklung findet sich bei den -19-jährigen. Zwar steht auch hier die stärkste Infektionsdichte mit dem Minimum des Gesamtkrankengutes in Beziehung. Die Infektionen sinken im folgenden Bewertungszeitraum 1950-1953 aber bis auf ein Minimum ab, um wieder dann anzusteigen und schliesslich nahezu bis zum Minimalstand in dieser Altersstufe zurückzugehen.

Über einen Zeitraum von 15 Jahren ist die Entwicklung des Gesamtkrankengutes ähnlich, und zwar vom 30. bis zum 44. Lebensjahr. Hier verringert sich das Gesamtkrankengut, von 1946-1949 ausgehend, bis 1957 beständig, während es im Zeitraum 1958 - 1962 ansteigt. Es erreicht, 1946 - 1949 vom Minimum ausgehend, in den Jahren 1954 - 1957 seinen Maximalwert und geht ab 1958 wieder zurück.

Eine ganz leichte Schwankung der Infektionswerte kann bei der Altersgruppe der 30-34jährigen beobachtet werden. Hier ist zwar der geringste Wert erst in den Kalenderjahren 1950-1953 erreicht, doch auch bei diesen Lebensjahren liegt die maximale Infektionsdichte 1954 - 1957. Gleichwohl ist das Gesamtkrankengut in diesem Zeitraum am geringsten. Die Infektionen sinken auch dann ab, wenn das Gesamtkrankengut gegenüber dem Vorzeitraum um ca. 20v.H. gestiegen ist.

In der Lebensaltersstufe der 25-29jährigen unterliegt das Gesamtkrankengut einer leichten Schwankung. Ist es 1946-1949 am geringsten, so steigt es im folgenden Bewertungszeitraum um ca. 300 Fälle an und bildet mit 2 857 Fällen das Maximum. Von 1954 an sinkt es ab und bleibt auch in den Jahren 1958 - 1962 so gut wie konstant. Der geringe Unterschied von 12 Fällen fällt fast gar nicht in s Gewicht.

Die Infektionen der eben untersuchten Lebensaltersstufe gehen einen ähnlichen Weg wie in der Altersstufe der 35-50jährigen und Älteren. Sie nehmen, 1946 - 1949 als Basisgruppe gesetzt, bis 1957 stetig zu.

Im letzten Bewertungszeitraum sinken sie dann gegenüber den Vorjahren um ca. 200 v.H. ab, obwohl das Gesamtkrankengut in dieser Zeit sich kaum verändert hat.

Insgesamt betrachtet kann gesagt werden, dass, über die Lebensaltersgruppen verteilt und auf die Kalenderjahre bezogen, keine einheitliche Tendenz zwischen Gesamtkrankengut einerseits und Infektionen mit Go und L andererseits festgestellt werden kann. Deshalb war eine Differenzierung in einzelne Lebensaltersstufen vorzunehmen.

Vergleich des geburtshilflichen und gynäkologischen Materials

Ein Vergleich der geburtshilflichen mit den gynäkologischen Fällen zeigt, dass in der Gynäkologie sowohl das Gesamtkrankengut als auch die Infektionsquoten wesentlich höher liegen als in der Geburtshilfe. Sie erreichen im allgemeinen nahezu doppelt so grosse Werte. Weiterhin sind in der Gynäkologie noch im 45. Lebensjahr und älter Erkrankungen an Go und L zu verzeichnen. Bei diesem Vergleich ist jedoch in der Geburtshilfe nur bis zum 49. Lebensjahr Krankengut vorhanden.

Unterschiede der maximalen und minimalen Werte in den einzelnen Kalenderjahren sind so gut wie gar nicht zu beobachten. Zwar liegt 1954 - 1957 bei der Altersgruppe der 25-29jährigen das Maximum bei der Geburtshilfe, während es in der Gynäkologie bereits 1950 - 1953 auftritt, aber der entsprechende Wert bei den gynäkologischen Fällen ist in den Jahren 1954 - 1957 nur um 0,54 v.H. geringer als das Maximum auf diesem Gebiet. Bei den 40-44jährigen verschiebt sich der maximale Wert ebenfalls um eine Kalenderjahresgruppe. Bei den geburtshilflichen Fällen liegt er 1954 - 1957, bei der Gynäkologie erreichen die Infektionen erst 1958 - 1962 ihren höchsten Stand. Aber auch hier ist in den Jahren 1954 - 1957 der Unterschied zum dichtesten Wert mit nur 0,17 v.H. sehr gering. Einzig bei der geringsten Infektionsdichte zeigt sich bei den 30-34jährigen eine starke Differenz. Sind bei der Geburtshilfe 1946 - 1949 die wenigsten Erkrankungen an Go und L aufgetreten, so ist das in der Gynäkologie erst in den Jahren 1958 - 1962 der Fall.

Ebenfalls ein Unterschied kann in der Altersstufe der 40-44-jährigen beobachtet werden. Mit 0,47 v.H. findet sich das Minimum bei den geburtshilflichen Fällen 1950 - 1953, dagegen ist es in der Gynäkologie bereits in den Jahren 1946 - 1949 zu verzeichnen. 1950 - 1953 liegt der Wert in dieser Altersstufe aber erheblich über dem Minimalwert. Insoweit muss deshalb von einem Unterschied zwischen den geburtshilflichen und gynäkologischen Fällen gesprochen werden. In der Entwicklung von Gesamtkrankengut und Go- sowie L-Erkrankungen können zwischen den geburtshilflichen und gynäkologischen Fällen keine Abweichungen festgestellt werden. Die Tendenzen sind ähnlich.

Zusammenfassung

- 1) Die vorliegende statistische Arbeit beschäftigt sich mit der Untersuchung der venerischen Erkrankungen in der Städt. Frauenklinik Berlin-Neukölln. Grundlage ist das Gesamtkrankengut dieser Klinik in den Jahren 1946 - 1962. Erfasst wurden sämtliche Patientinnen. Hierbei konnten 56 799 Krankengeschichten ausgewertet werden.
- 2) Es handelt sich dabei um 34 910 gynäkologische und 22 889 geburtshilfliche Fälle. An einer venerischen Infektion erkrankten 2 367 Patientinnen. 1 732 Infektionen entfielen auf gynäkologische, 635 Fälle auf schwangere Patientinnen.
- 3) Diese Fälle sind vorwiegend weiterhin unterteilt nach der Diagnose - also Go, L sowie Go und L-, zum anderen wurde eine Aufgliederung in jeweils 4 Kalenderjahresgruppen und 5 Altersstufen durchgeführt. Innerhalb dieser Aufteilung erfolgte dann eine Untersuchung bezüglich jeder der hier genannten Komponenten.
- 4) Es wurde festgestellt, dass beim geburtshilflichen Krankengut die Infektionshäufigkeit in der Altersstufe der 30-34jährigen am grössten war und in dem Bewertungsabschnitt 1946 - 1949 die meisten Infektionen auftraten. Beim gynäkologischen Krankengut wurden die entsprechenden Werte in der Altersgruppe der 25-29jährigen sowie in den Jahren 1954 - 1957 ermittelt.

Literaturverzeichnis

- Hagen, W.
Bernhardt, P. "Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23.7.1953". 8. Auflage, Berlin u. Frankfurt/M.
- Hellwig, A. "Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 18.2.1927". 8. Auflage, München, Berlin, Leipzig 1928.
- Der Senator für Gesundheitswesen "Übersichten über die von den Beratungsstellen für Geschlechtskranke in Berlin (West) im Jahr 1956 gemeldeten Erkrankungen und die fürsorglichen wie die ärztlichen Leistungen". I a D - 5083/33 -
- Der Senator für Gesundheitswesen "Übersichten über die von den Beratungsstellen für Geschlechtskranke in Berlin (West) im Jahr 1957 gemeldeten Erkrankungen und die fürsorglichen wie die ärztlichen Leistungen". I B (Stat) 6 - 5083/33
- Der Senator für Gesundheitswesen "Übersichten über die von den Beratungsstellen für Geschlechtskranke in Berlin (West) im Jahr 1958 gemeldeten Erkrankungen und die fürsorglichen wie die ärztlichen Leistungen". I B (Stat) 6 - 5083/33
- Der Senator für Gesundheitswesen "Übersichten über die von den Beratungsstellen für Geschlechtskranke in Berlin (West) im Jahr 1959 gemeldeten Erkrankungen und die fürsorglichen wie die ärztlichen Leistungen". I B (Stat) 6 - 5083/33
- Der Senator für Gesundheitswesen "Übersichten über die von den Beratungsstellen für Geschlechtskranke in Berlin (West) im Jahr 1960 gemeldeten Erkrankungen und die fürsorglichen wie die ärztlichen Leistungen". I B (Stat) - 5083/33
- Der Senator für Gesundheitswesen "Übersichten über die von den Beratungsstellen für Geschlechtskranke in Berlin (West) im Jahr 1961 gemeldeten Erkrankungen und die fürsorglichen wie die ärztlichen Leistungen". I B (Stat) 5 - 5083/33
- Der Senator für Gesundheitswesen "Übersichten über die von den Beratungsstellen für Geschlechtskranke in Berlin (West) im Jahr 1962 gemeldeten Erkrankungen und die fürsorglichen wie die ärztlichen Leistungen". I B (Stat) - 5083/33

- Schönfeld, W. "Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten". 9. Auflage, S. 401-417, S. 477-507, fortgeführt von W. Schneider, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1965.
- Stoeckel, H.C.W. "Lehrbuch der Geburtshilfe". 12. Auflage, S. 325, S. 554-559, S. 802-804, Jena 1956.
- Stoeckel, H.C.W. "Lehrbuch der Gynäkologie". 14. Auflage, S. 122, S. 153, S. 697-718, Hirzel-Verlag, Leipzig 1960.
- Pschyrembel, W. "Praktische Geburtshilfe". 7. Auflage, S. 21, Walter de Gruyter & Co., Berlin 1960.
- Weise, H. J.
Simon, I. in "Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten", 27, 1726 (1959)
"Fünfjahresbilanz einer venerologischen Frauenstation in Westberlin". Aus der Hautklinik der FU Berlin im Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Direktor: Prof. Dr. med. H.W. Spier.
- Gumpesberger, G. in "Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten", 27, 1726 (1959)
"Zur Frage der Gefährdung der kinderluischer Mütter". Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Wien, Vorstand: Prof. Dr. J. Tappeiner.
- Martius, H. "Lehrbuch der Gynäkologie". 7. Auflage, S. 302-308, S. 319-322, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1960.
- Ludwig, G. in "Jahrbuch der gesamten Therapie". Aus der Hautklinik der Christian-Albrecht-Universität, Kiel. Wschr. 147, 313, (1963).
- Raab, W.
Ebener, N. in "Jahrbuch der gesamten Therapie". Aus der II. Universitätsklinik Wien, Hautarzt 14, 503, (1963).
- Lange, A. "Leitfaden der medizinischen Mikrobiologie". Heft 23, S. 74-76, S. 103-104, S. 126-129, S. 175-176, München 1958.
- Walther, H. "Dermatologie in Bulgarien" in der "Zeitschrift für Therapie" von H. Braun, München, S. 33-34, Heft 1 (1964)

Statistische Untersuchung über die Häufigkeit des Auftretens von venerischen Erkrankungen in der Städt. Frauenklinik Berlin-Neukölln in der Zeit von 1946 - 1962.

Direktor Dr. Jung.

Aus dem Institut für medizinische Statistik

Direktor Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Günter F u c h s.

Ich danke hiermit meinem Doktorvater, Herrn Prof. Freudenberg, der mir diese Arbeit überlassen hat und bis zu seinem Tode bemüht war, mir durch seine Ratschläge bei der Zusammenstellung dieser Arbeit behilflich zu sein.

Gleichzeitig möchte ich mich bedanken bei meinem jetzigen Doktorvater, Herrn Prof. Fuchs, der nach dem Tode meines verstorbenen Doktorvaters die Arbeit übernommen hat, und der mir bei der Beendigung dieser vorliegenden Arbeit geholfen hat.

Mein Dank gilt auch Herrn Chefarzt Dr. Jung für die Überlassung der Unterlagen aus seiner Klinik, sowie Herrn Prof. Saling für seine freundliche Unterstützung bei der Zusammenstellung der Arbeit.

Lebenslauf

Am 9.6.1930 wurde ich als Sohn des damaligen Kaufmanns Faradjulah und seiner Ehefrau Khadidjah Bitcheranlou in Bodjnourd/Iran geboren.

Ich habe die Heimat-Schule (Grundschule) von der ersten bis zur sechsten Klasse in Bodjnourd besucht und abschliessend die Oberschule (Abitur) in Meched absolviert.

Danach erhielt ich in einer Extraklasse einen zweijährigen naturwissenschaftlichen Unterricht.

Anfang des Jahres 1956 bin ich nach Deutschland gekommen. Ich wurde für das Sommersemester 1956 an der Freien Universität in der Fachrichtung Human-Medizin immatrikuliert. Am 25. Juni 1962 schloss ich mein Studium mit dem Staatsexamen ab.

Während meiner Medizinal-Assistentenzeit war ich in folgenden Krankenhäusern beschäftigt:

Innere Medizin und Chirurgie: Urban-Krankenhaus

Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Städt. Frauenklinik
Berlin-Neukölln

Haut- u. Geschlechtskrankheiten: Städt. Rudolf-Virchow-Krankenhaus

Nach Beendigung meiner Medizinal-Assistentenzeit habe ich vom November 1964 bis Dezember 1965 im Auguste-Viktoria-Krankenhaus gearbeitet, von Dezember 1965 bis Januar 1966 auf der chir. Abteilung des Krankenhauses Hohengatow. Seit Februar 1966 bin ich in der chir. Abteilung des Städt. Krankenhauses Wilmersdorf tätig.

